

ANNÉE 1931

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RAYMOND WIRZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital H. de Rothschild

Né à St-Petersbourg (U. R. S. S.), le 15 Juin 1904

A PROPOS DE
TROIS CAS D'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE L'OREILLE MOYENNE

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 W.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

RAYMOND WIRZ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne de l'Hôpital H. de Rothschild

Né à St-Petersbourg (U. R. S. S.), le 15 Juin 1904

A PROPOS DE
TROIS CAS D'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE L'OREILLE MOYENNE

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expériment ^l .	GRÉGOIRE.
Physiologie.	BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMAN F.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LœPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BROCCO. Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT. Pathologie chirurgicale.
 CATHALA. Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ÉCALLE. Obstétrique.
 FEY. Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELLIER. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD. Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 HUGUENIN. Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). . . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . . Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 N. Physiologie.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET. Physiologie.
 SAUNIÉ. Chimie biologique.
 SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX. Obstétrique.
 LEROUX. Anatom. pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	HEITZ-BOYER . . .	Clinique chirurgicale (suite)
CHIRAY		MATHIEU	
DEBRÈ		MOCQUOT	
DUVOIR		PROUST	
FIESSINGER		SCHWARTZ	
LAIGNEL-LAVASTINE . .		LE LORIER	
BASSET	Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale
CHEVASSU		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*qui a consenti à m'accueillir dans
son service en me confiant les
fonctions d'externe et qui me fait
l'honneur d'accepter la présiden-
ce de cette thèse; avec mes hom-
mages respectueux et reconnais-
sants.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PAGNIEZ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

*qui m'a accordé, pendant une
année d'externat en son service,
l'appui de toute sa bienveillance.
En modeste témoignage de ma
très profonde et respectueuse
affection.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GRIVOT

LARYNGOLOGISTE DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

*Dans le service duquel ce travail
a été fait. Je m'honorerai toujours
d'avoir été son élève et le prie de
croire à toute ma gratitude.*

A M. LE DOCTEUR M. LALLEMANT
ASSISTANT D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE L'HÔPITAL
SAINT-ANTOINE

*qui a bien voulu m'inspirer le sujet
de cette thèse et m'aider en toutes
circonstances de sa grande
expérience.*

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR G. PICOT
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BRETONNEAU
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL H. DE ROTHSCHILD

*En témoignage de toute ma reconnaissance
et de mon respectueux
dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BALLERIN
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
DE L'HÔPITAL H. DE ROTHSCHILD

*qui a guidé mes premiers pas
dans la spécialité.*

*Son soutien bienveillant m'a toujours
été précieux. Hommage de
ma profonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

- 1923 M. LE PROFESSEUR A. BROCA (*In Memoriam*).
1924 M. LE PROFESSEUR ACHARD.
1924 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU.
1925 M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.
1925 M. LE PROFESSEUR LEJARS.

Externat

- 1926 M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESCOMPS (*In memoriam*).
1927 M. LE DOCTEUR PAGNIEZ.
1928 M. LE DOCTEUR LORTAT-JACOB.
1928 M. LE PROFESSEUR JULES RENAULT.
1929 M. LE PROFESSEUR BEZANÇON.
1930 M. LE DOCTEUR A. BLOCH.
1930 M. LE DOCTEUR GRIVOT.

A MES MAÎTRES DE L'HOPITAL H. DE ROTHSCHILD

Internat (1929-1931)

- M. LE DOCTEUR EHRHARDT.
M. LE DOCTEUR PICOT.
M. LE DOCTEUR BALLERIN.

Historique

Tous les auteurs qui ont étudié le cancer de l'oreille moyenne, ont insisté sur sa très grande rareté. Le premier qui, à notre connaissance, en ait explicitement parlé, est Edouard Rondot, en 1875.

D'ailleurs, il le désigne sous la rubrique de « Cancer de la Mastoïde » — alors que, de la lecture de son observation, si complète et si précise, il résulte clairement qu'il s'agit d'un cancer de la caisse du tympan propagé à la mastoïde.

Rondot écrit textuellement : « Les divers traités d'otologie et de pathologie chirurgicale n'en font même pas mention. D'autre part nous ne croyons pas qu'une seule observation en ait été publiée jusqu'à ce jour. »

Nous avons essayé de vérifier cette affirmation et nous sommes arrivés à la même conclusion.

Toutefois nous voulons dès l'abord attirer l'attention sur le fait que le cancer de l'oreille moyenne a été décrit sous plusieurs dénominations.

Jusqu'aux environs de 1900, en effet, on a parlé de cancroïde, carcinome, carcinome épithélial, que les différents auteurs présentaient comme tumeurs malignes de la mastoïde, du rocher, du temporal, de l'oreille, de l'organe auditif, de l'oreille moyenne.

Depuis 1900, jusqu'à l'heure actuelle, la définition s'est précisée et dans les dernières observations publiées on parle, le plus souvent, d'épithélioma de la caisse du tympan ayant, au cours de son évolution, envahi les organes voisins.

Cependant, étant admise, la définition histologique de Lecène faisant entrer le carcinome dans le cadre des néoplasmes épithéliaux, on voit à l'examen serré des observations qu'il s'agit d'une même affection — à quelques modalités histologiques près — qui a été décrite sous des noms différents.

En 1879, Polaillon, chirurgien de la Pitié, publie une très intéressante observation de carcinome de l'oreille moyenne et du rocher ayant amené la destruction d'une partie de la base du crâne et de l'atlas. Il précise avec une remarquable netteté les diverses phases cliniques de l'envahissement néoplasique et le compte-rendu de l'autopsie est des plus instructifs. Histologiquement il s'agissait d'un carcinome alvéolaire typique.

En 1886, Rasmussen et Schmiegelow, à propos d'un cas cliniquement assez voisin du précédent — mais histologiquement bien différent (sarcome endothélial psammomateux avec prismes de cholestérine, pour lequel ils proposent la définition de psammome cholestéatomateux) tentent les premiers une classification des tumeurs malignes de l'oreille moyenne ; ils distinguent, en effet, des carcinomes, des sarcomes et des cholestéatomes.

Ayant mis à part les cholestéatomes dont l'évolution est très particulière, ils précisent que, parmi les deux premières sortes de tumeurs, la localisation primitive au niveau

de l'oreille moyenne est beaucoup plus rare que l'envahissement secondaire par tumeur de voisinage.

En 1888 Kretschmann (de Halles) publie, à propos de quatre observations personnelles une revue générale succincte dans laquelle il faait entrer douze cas tirés de la littérature.

Dès lors la symptomatologie est précisée de telle sorte qu'il n'y aura, pour les auteurs qui étudieront ultérieurement la question que quelques points de détail à ajouter.

Dans ce remarquable travail, l'auteur note que la rareté des observations provient, en grande partie de la « confusion avec la carie et la nécrose du temporal ». Cette remarque, question de terminologie mise à part, est, nous le verrons en parlant du diagnostic, encore d'actualité.

En 1889, communication de Carmalt, au congrès d'otologie américaine à propos d'un épithélioma de l'oreille moyenne récidivé, malgré deux opérations successives.

En 1892, publication de Charazac dans la revue de laryngologie et d'otologie.

En 1895, communication de Story, à l'Académie royale de médecine de l'Irlande, qui reprend les douze cas déjà publiés par Kretschmann. Nous arrivons à la thèse très complète de G. Marchal, à laquelle Dupau plus tard fera emprunt. « Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne (Paris 1895) », qui précise, entre autre, la marche de l'envahissement néoplasique des épithéliomas. Cette même année Brieger, de Breslau, Danziger et Gruber reviennent sur la question. Deux ans après une observation particulièrement instructive de Hamon du Fougeray (du Mans), insiste sur la difficulté du diag-

nostic clinique et, à la suite de Danziger, signale au cours de l'évolution, la présence de manifestations aphasiques en rapport avec les phénomènes de compression dûs à la tumeur.

Fuyuel, de Lyon, soutient, en 1897, une thèse sur « la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées » : c'est le chapitre le plus important de l'étiologie et de la symptomatologie de l'épithélioma de l'oreille moyenne.

Dès lors les observations et les communications se succèdent : parmi celles que nous signalons dans la bibliographie du présent travail nous retiendrons un cas publié en 1903, par Compaired : épithélioma pavimenteux, ablation de la tumeur dont un prolongement s'étend jusque dans la fosse cérébrale moyenne — guérison apparente s'étant maintenue quatre ans après l'intervention : c'est un des plus beaux résultats obtenus.

La même année, Sessous publie un cas d'épithélioma qui s'est manifesté après évidemment pétro-mastoïdien pratiqué pour cholestéatome : c'est, à notre connaissance, la première en date des observations de ce genre.

En 1905, Lauze, publie une observation accompagnée de quatre planches en couleurs extrêmement intéressantes au point de vue anatomo-pathologique : il s'agissait d'un cancer de l'oreille moyenne à cellules cylindriques — aspect unique dans la littérature, Zeroni prétendant même qu'il n'existe aucun cas authentique de cancer à cellules cylindriques appartenant à la caisse. Pour notre part, nous n'avons retrouvé aucune observation analogue.

Egalement en 1905, nous voyons, avec Boeke, un premier essai de curiethérapie pour épithélioma de la caisse

récidivé malgré deux interventions chirurgicales successives : premier essai, premier échec.

En 1908, Dupau soutient, à Paris, une thèse sur la « Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne. » C'est, nous le pensons, la revue générale la plus récente de la question ; nous y avons trouvé maints éléments intéressants. Mais déjà l'épithélioma de l'oreille moyenne bien étudié par tant d'auteurs allemands, américains, français et italiens a trouvé sa place — bien modeste d'ailleurs et souvent réduite à une mention — dans les traités classiques.

Les communications se font plus nombreuses apportant certains détails intéressants — guère de faits véritablement nouveaux. La thérapeutique demeure toujours décevante, le diagnostic toujours aussi difficile — peut-être parce que, en clinique, on ne songe pas assez à l'existence de l'épithélioma de l'oreille moyenne.

Généralités

Fréquence.

L'épithélioma de l'oreille moyenne, bien que fort rare, l'est certainement beaucoup moins qu'on ne le croit habituellement. En effet, nous avons pu en observer trois cas en moins d'un an dans le service de notre maître, M. le Docteur Grivot, à l'hôpital Saint-Antoine. Dans la littérature nous avons trouvé de nombreuses observations à ce sujet et il semble bien qu'il doit y avoir de nombreux cas qui n'ont pas été publiés.

Nous croyons que cela tient, en grande partie, au fait que le diagnostic étant extrêmement difficile et le traitement le plus souvent décevant, nombre d'auteurs se sont quelque peu désintéressés de la question.

La première statistique à laquelle nous nous référons est celle de Bürkner citée par Rasmussen en 1886 : sur 43.730 malades il notait une proportion de 0,32 pour mille de carcinome de l'oreille moyenne.

Story, en 1895 donnait la proportion de un cas sur 12.000 malades.

Dupau, en 1908, trouvait un cas de tumeur maligne (sans plus de précision) pour 10.000 otorrhées. Christen,

la même année, donnait une proportion de un cas de carcinome pour 8.000 malades. On voit que les statistiques montrent, d'année en année, une plus grande proportion, de néoplasme — et nous croyons qu'une enquête générale de nos jours ne ferait qu'augmenter cette proportion.

Etiologie.

AGE. — On observe le plus souvent le cancer de l'oreille moyenne chez des malades ayant dépassé la quarantaine — et cependant les cas publiés à propos de sujets plus jeunes (trente-cinq, trente et même dix-neuf ans — R. Leidler) ne sont pas exceptionnels.

SEXE. — Il semble que l'homme soit atteint un peu plus souvent que la femme.

COTÉ. — Enfin on ne saurait trouver une plus grande fréquence de cancer siégeant à droite, ainsi que l'avait Kretschmann.

Pour cet auteur, en effet, l'épithélioma de l'oreille moyenne aurait reconnu comme cause une irritation résultant, d'une part, de « l'introduction d'instruments divers dans l'oreille et surtout dans l'oreille droite — d'où la plus grande fréquence du cancer à droite ! » Un fait demeure incontestable au point de vue étiologique : l'apparition de l'épithélioma est presque toujours précédée d'une otorrhée de longue date.

Symptomatologie

Dupau, dans sa thèse de 1908, décrit trois périodes dans la symptomatologie du cancer de l'oreille moyenne :

1° Une période de début où les signes fonctionnels et ceux fournis par l'examen donnent l'éveil, mais font faire exceptionnellement le diagnostic ;

2° Une période d'état, période de diagnostic, surtout marquée par l'apparition de la paralysie faciale et des bourgeons dans le conduit.

3° Une période terminale de cachexie et d'envahissement.

Cette division, bien que schématique, ne nous paraît pas devoir répondre à la réalité.

D'abord parce qu'il est extrêmement difficile pour ne pas dire impossible de préciser le début du cancer : l'observation citée par Dupau, où, à la paracentèse pratiquée pour des signes d'otite subaiguë d'apparition récente, on trouve des bourgeons charnus dans la caisse, est d'un intérêt considérable, parce qu'elle fait réellement assister en quelque sorte au début clinique du cancer de l'oreille moyenne — mais cette observation est la seule de ce genre : c'est une exception dont on ne peut tenir compte.

Il est une autre critique à faire à la division de Dupau : c'est que l'histoire clinique de cette affection est essentiellement variable. La paralysie faciale, en particulier, est tantôt précoce, précédant tous les autres signes, tantôt tardive et nous ne saurions la décrire dans telle période plutôt que dans telle autre.

Enfin nous ne croyons pas qu'il y ait de période de diagnostic : à chaque phase il est des erreurs de diagnostic difficiles à éviter et même à la période dite « d'état » ou à la période terminale, nombreuses sont les observations relatant l'incision d'un présumé abcès rétro-auriculaire qui n'était qu'un néoplasme en voie d'extériorisation.

Nous croyons donc plus conforme à la réalité clinique de décrire deux phrases :

1° Celle à laquelle on voit le plus souvent le malade pour la première fois — les signes fonctionnels qui l'amènent à consulter sont variables et plus ou moins marqués. Les signes d'examen peuvent et doivent donner l'éveil dans la majorité des cas — mais ils sont difficiles à interpréter. La biopsie est indispensable ;

2° Une phase d'envahissement où la tumeur tend à s'extérioriser — soit que le diagnostic n'ait pas été fait aux examens précédents (et c'est fréquent) — soit que la tumeur longtemps latente, brûlant littéralement les étapes, simule presque d'emblée une mastoïdite subaiguë.

Première Période

En étudiant les faits, on constate que l'éclosion de l'épithélioma de l'oreille moyenne se manifeste dans plusieurs conditions différentes.

I. — Il s'agit, le plus souvent, d'un malade atteint d'une otorrhée chronique datant de très longtemps (plusieurs années et même plusieurs dizaines d'années) qui vient consulter pour une paralysie faciale progressive ou de la douleur.

II. — Tantôt, au contraire, le malade vient consulter pour une otorrhée d'apparition beaucoup plus précoce (six mois ou un an).

Dans ces deux premiers cas, qui sont de beaucoup les types les plus habituels, on trouve, à l'examen des bourgeons charnus et saignant dans le conduit auditif.

III. — Tantôt, enfin, on est consulté pour une otorrhée ancienne s'accompagnant depuis peu d'otorragie, de douleurs ou de paralysie faciale ; tous les signes otoscopiques plaident en faveur d'un cholestéatome — et ici on comprend que le diagnostic ne soit pas fait.

IV. — Signalons également la possibilité rarissime d'un début d'apparence aiguë : chez un malade, qui n'avait jamais

souffert de l'oreille, n'avait jamais eu d'écoulement, apparaît du jour au lendemain une douleur auriculaire vive. A l'examen, on constate que le tympan bombe : on l'incise — on trouve dans la caisse des bourgeons charnus. (Cas cité par Dupau 1908).

V. — Chez un autre malade, également indemne jusqu'à de toute affection auriculaire, apparaît un gonflement mastoïdien douloureux donnant l'impression de la fluctuation : à l'incision issue de sérosités sanguinolentes et sanieuses, sans pus. Dans la suite, prolifération rapide de bourgeons charnus. (Cas de Danziger 1896).

Quoi qu'il en soit, insistons sur ce début nullement caractéristique, masqué le plus souvent par les signes d'une otite moyenne chronique suppurée.

Signes Fonctionnels

1. — L'otorrhée.

L'interrogatoire nous apprend que l'écoulement purulent, tantôt continu et abondant, tantôt intermittent et plus discret — fétide ou non — s'est accompagné depuis quelques semaines ou quelques mois d'otorragie.

D'abord le coton qui obstruait l'orifice du conduit, était simplement teinté de sang et de pus.

Puis l'otorragie est devenue plus abondante, le malade doit changer plusieurs fois par jour son tampon de coton. Il ne s'inquiète pas, toutefois, habitué à son écoulement et surtout parce que l'hémorragie est capricieuse : certain jour il saigne beaucoup, le lendemain il constate simplement la présence habituelle du pus sans trace de sang.

Aussi est-ce bien rarement qu'il se décide à consulter pour ce symptôme — auquel nous attachons, quant à nous, une grande importance.

Signalons qu'il a parfois été noté l'élimination par le conduit de masses purulentes dans lesquelles on aurait trouvé des particules osseuses.

2. — Douleurs.

Tantôt il s'agit de douleurs spontanées rétro-auriculaires assez sourdes, mal limitées et capricieuses. Ces douleurs peuvent s'accompagner de douleur à la pression de la mastoïde.

Tantôt on note l'existence de céphalée vague et sans aucun caractère particulier. Mais le plus souvent la douleur est d'emblée extrêmement vive.

Presque toutes les observations publiées en font mention et y insistent tout particulièrement. La douleur serait un des signes les plus précoces, les plus nets et ce serait elle qui amènerait, dans la majorité des cas, le malade à consulter.

Nous devons noter, cependant, que parmi les trois cas que nous présentons, un seul de nos malades accusait de la douleur rétro-auriculaire. Encore celle-ci n'était pas très vive et pouvait fort bien être expliquée par l'existence d'un cholestéatome.

En définitive, si elle n'est pas constante, la douleur semble être fréquente et, lorsqu'elle se manifeste, d'une acuité telle qu'elle constitue un signe important d'épithélioma.

C'est une douleur tensive, profonde, s'accompagnant fréquemment d'hémicranie.

Elle apparaît brusquement, résiste aux analgésiques. Mais, chose curieuse, à cette période de début, elle est capricieuse : aux violentes crises douloureuses durant deux ou trois jours, succèdent des périodes de latence plus ou moins importantes. Puis, au cours de l'évolution, elle s'installe définitivement, devient continue, atroce, empêchant tout sommeil.

Nous aurons à reparler de cet élément douleur qui aug-

mente considérablement dans la seconde période et présente des irradiations variées.

Parfois, la douleur étant nulle, le malade accuse une simple sensation de corps étranger dans l'oreille.

3. — Paralysie faciale.

L'existence d'une paralysie faciale, fréquente, mais non constante, nous retiendra plus longtemps. Tantôt tardive, tantôt précoce, son évolution est, en général très lente.

Nous y insistons parce que son apparition récente, au cours d'une otorrhée chronique doit faire penser à un processus pathologique particulièrement actif.

Mais surtout parce qu'elle présente un caractère important : c'est d'être progressive

Elle affecte toujours le type périphérique. Nous y reviendrons en examinant notre malade.

4 — La surdité.

La surdité que le malade accuse ne nous arrêtera pas car il s'agit d'une oreille moyenne depuis longtemps atteinte.

5. — Bourdonnements et vertiges.

Les bourdonnements et les vertiges, bien que presque toujours notés, depuis Rasmussen 1886 et Kretschmann 1888, etc., ne nous paraissent pas constituer des signes de l'épithélioma de l'oreille moyenne : faisant partie du syndrome qui peut accompagner toute affection de l'oreille moyenne, beaucoup plus que des symptômes propres à

l'épithélioma, nous nous bornerons à les signaler — bien que personnellement nous ne les ayons pas observés chez nos malades.

En somme, mises à part, les modifications dans les caractères de l'otorrhée, la paralysie faciale progressive et la douleur d'apparition récente — qui donnent au tableau clinique une note un peu spéciale, il n'y a rien qui puisse nous surprendre parmi tous ces signes, chez un malade porteur d'une otorrhée ancienne.

Tous ces signes peuvent se rencontrer, en effet, au cours d'une otite moyenne chronique banale, et nous croyons utile d'y insister une fois de plus.

Examen

1. — Examen otoscopique.

L'examen nous donnera des indications bien différentes suivant les cas : soit qu'il nous oriente immédiatement vers le diagnostic, soit au contraire qu'il nous égare.

1° Parfois, faisant presque hernie à l'orifice du conduit et l'obstruant complètement, on constate une masse charnue, fissurée, saignante et friable. Le moindre attouchement au stylet donne naissance à une hémorragie abondante qui rend l'examen très difficile.

Dès lors une question se pose et, à notre avis elle est d'importance : où est implantée cette masse ? Sur les parois du conduit ou sur les parois de la caisse ? On cherche à la pointe du stylet à en faire le tour et l'on s'aperçoit

qu'elle n'adhère pas au pourtour du conduit. Elle est formée par des bourgeons tassés, moulés en quelque sorte sur les parois. Cet examen au stylet n'est évidemment qu'un procédé d'exploration assez grossier, car la base d'implantation peut siéger non pas au voisinage de l'orifice externe du conduit, où, malgré l'hémorragie en nappe très gênante, on la trouvera toujours, mais au fond.

Il faudra tamponner, attendre, recommencer, user de patience et d'adrénaline.

D'ailleurs la biopsie s'imposant, la seule conduite à tenir est de déblayer, pratiquer l'ablation d'un fragment volumineux qui tout en aidant au diagnostic donnera du jour.

Après tamponnement prolongé, on regardera à nouveau : on peut alors être assez heureux pour constater au spéculum un fond de caisse bourré de bourgeons tandis que les parois du conduit apparaissent normales sans atrésie, sans surface ulcérée ou saignante : il s'agit là évidemment d'une lésion partie de l'oreille moyenne. Mais nous verrons que cette manœuvre n'est pas des plus simples : c'est ainsi que l'on a pu croire à un cancer de l'oreille moyenne alors qu'il s'agissait en réalité d'un cancer du conduit sans envahissement de la caisse.

Dans tous les cas, on sera étonné de constater, dans les jours qui suivent, la rapidité avec laquelle se reproduisent les bourgeons : au bout d'une semaine, de quinze jours, on aura l'impression de n'avoir rien fait, l'examen du conduit montrant un aspect identique à celui qu'on avait noté avant toute intervention.

2° Dans d'autres cas, la lésion se présentera sous un aspect beaucoup plus banal. On constatera simplement un polype saignant au fond du conduit.

Sa taille parfois réduite, son aspect nullement caractéristique font tout d'abord penser à une lésion banale, d'autant plus, nous le répétons, qu'il est apparu insidieusement au cours d'une otorrhée chronique.

Et c'est ainsi qu'on a pu curetter, dans un but non pas diagnostic, mais curatif, des pseudo-polypes récidivants du conduit qui n'étaient que la manifestation d'un épithélioma de l'oreille moyenne.

Rien n'est aussi trompeur que cette forme ; un fait peut cependant donner l'éveil : c'est l'otorragie.

En outre, après curettage, toujours très hémorragique, on constatera dans la caisse, le tympan étant complètement détruit, l'existence de nombreux bourgeons qui occupent toute la cavité.

Il faudra faire un nouvel examen le lendemain après tamponnement et soigneusement explorer au stylet toutes les parois du conduit, la paroi postéro-supérieure plus particulièrement.

Là encore insistons sur la reproduction rapide et réellement surprenante du polype après curettage.

Il est évident que l'examen histologique des débris retirés est indispensable.

3° Enfin, nous l'avons dit, il est un troisième cas où l'examen clinique ne donne aucun renseignement.

On est consulté pour une otorrhée chronique avec hémorragie s'accompagnant de douleurs et parfois de para-

lysie faciale — et au spéculum on trouve un aspect tout à fait typique de cholestéatome.

Le diagnostic n'est pas fait : on opère pour cholestéatome et ce n'est que dans les suites opératoires qu'on est mis sur la voie du diagnostic véritable. Dans la cavité d'évidement il se produit une prolifération récidivante de bourgeons charnus d'aspect néoplasique. Nous y reviendrons.

Au stylet on recherchera avec soin dans le conduit un contact osseux, ou un trajet fistuleux.

Dans la règle, on n'en trouvera pas à ce stade, le néoplasme s'étant frayé une voie vers l'orifice naturel sans endommager les parois du conduit osseux.

Mais dans le fond de la caisse, on aura souvent la sensation d'os nécrosé.

2. — Examen de la région mastoïdienne.

La mastoïde est le plus souvent indolore à la pression ; cependant nous avons vu des cas où l'on a pu déceler de la douleur provoquée rétro-auriculaire. Rien d'anormal dans la forme de l'apophyse : ni gonflement, ni aspect « soufflé ». Peau de coloration normale ; pas d'adénopathie rétro-auriculaire.

3. — Recherche de la paralysie faciale.

La paralysie faciale est inconstante ; sa date d'apparition est variable ; elle est souvent précédée de contractions spasmodiques (Kretschmann) et son évolution est parfois lente (Rasmussen).

A notre sens, il est capital de toujours la rechercher avec soin : il est en effet des parésies faciales qui demandent à être recherchées mais, surtout, il importe d'en faire le bilan.

S'agit-il d'une parésie faciale fruste, transitoire, regrettant d'elle-même ou par simple curettage du conduit ou de la caisse ? Tout en posant d'importants problèmes thérapeutiques, elle n'est pas d'un intérêt bien grand en ce qui nous concerne : trouble de compression, inhibition, ne peut-elle pas simplement s'expliquer par une poussée aiguë accompagnée de névrite infectieuse au cours d'une otite chronique banale ?

S'agit-il, au contraire, d'une parésie qui augmente, se complète, évolue vers la paralysie vraie, progressive, totale ? Le problème change du tout au tout ; l'intervention ne nous semble plus être discutable.

Malheureusement, c'est bien rarement que l'on pourra observer ainsi l'installation d'une paralysie faciale ; il faudra donc se borner au récit du malade et que d'imprécision à la clef !

C'est pourquoi il nous paraît indispensable d'avoir recours à l'examen systématique, soigné et répété à quinze jours d'intervalle de tous les petits signes de la paralysie faciale :

- observation attentive de la mimique ;
- recherche de l'exécution imparfaite des grimaces ;
- impossibilité plus ou moins complète de siffler, de souffler, de montrer les dents ;
- prononciation incorrecte des labiales ;
- signe du peaucier du cou ;
- rareté et difficulté du clignement palpébral ;

— Signe de Ch. Bell ;

— Signe de Dupuy-Dutemps et Cestan.

Ces petits signes de début, explorant successivement les troubles de la mobilité volontaire du facial inférieur et du facial supérieur, nous semblent, nous le répétons, d'une importance capitale.

Bien entendu, quand il y a asymétrie nette avec attraction de la face du côté opposé à l'oreille atteinte et que cette déformation est apparue très rapidement, demeurant constante, l'interprétation de ces petits signes d'examen n'a plus aucun intérêt : la paralysie faciale est évidente, son apparition récente et progressive au cours d'une otorrhée chronique, force, pour ainsi dire la main du chirurgien.

4. — Examen de l'audition.

Au cours de l'interrogatoire, nous l'avons dit, on note de la surdité ; or cette surdité est du type de celles réalisées par lésion de l'oreille moyenne. Cela est bien banal.

Cependant il n'est pas constant que le diapason ne soit pas perçu du tout au méat auditif ; certes, il y a une diminution considérable et évidente de l'audition. Mais il peut ne pas y avoir surdité complète.

Par contre, il est constant que le diapason soit beaucoup mieux perçu sur la mastoïde qu'au méat.

Quant au Wéber, il demeure en général indifférent.

Il existe donc un trouble fonctionnel important de l'oreille moyenne ; on s'en doutait à priori et, en somme, on ne tire de l'examen de l'audition aucun renseignement réellement intéressant — si ce n'est que, le Wéber demeurant

indifférent, il ne peut à cette période, y avoir destruction de l'oreille interne.

5. — L'examen vestibulaire.

Il donne des résultats variables.

La plupart du temps, les réactions sont normales et cela s'explique par la résistance de la coque de l'oreille interne qui n'est détruite que très tardivement ; presque tous les auteurs sont d'accord à ce sujet.

Manassé cependant, en 1899, a publié une observation où il décrit des altérations labyrinthiques importantes secondaires à un carcinome de l'oreille moyenne. Il est vrai que le début de l'affection remontait à plusieurs mois.

Bondy, en 1910, a observé dans les mêmes conditions une inexcitabilité complète du labyrinthe chez un malade.

Les vertiges, les nausées, les vomissements souvent décrits, nous paraissent donc appartenir à la période d'envahissement. Notons qu'aucun de nos malades ne présentait de signe fonctionnel pouvant faire penser à une atteinte quelconque de l'appareil vestibulaire.

6. — Examen radiologique.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature, à l'exception de quelques remarques de Leidler, la mention d'un examen radiographique de la mastoïde. Nous-même, nous devons l'avouer, ne l'avons pas pratiqué. On peut penser que l'omission de ce moyen d'investigation moderne tient au fait que le diagnostic étant rarement posé, on ne songe pas à y recourir.

C'est certainement dommage, car on pourrait obtenir d'utiles renseignements sur l'extension de la tumeur, l'importance de la destruction osseuse et par conséquent sur les chances de succès d'une opération.

Toutefois, il semble qu'à cette période de début, les images radiologiques ne seraient pas caractéristiques d'une tumeur maligne de l'oreille moyenne. Ce que nous avons trouvé au cours des interventions pratiquées permet tout au moins de le supposer.

Signes généraux

L'état général est d'ordinaire absolument conservé ; il n'y a pas d'amaigrissement ni de température.

En résumé

Résumons-nous : nous n'avons trouvé, au cours de l'examen, aucun signe fonctionnel ou physique proprement spécifique de l'épithélioma de l'oreille moyenne à son début.

L'otorragie, la paralysie faciale, les douleurs aussi bien que les signes otoscopiques, l'examen de l'audition, l'exalabyrinthique et, éventuellement, la radiographie, ne montrent, somme toute, qu'une atteinte ancienne, sévère de l'oreille moyenne et ne fournissent que des présomptions — sans plus — quant à la nature de cette atteinte.

C'es dans la discussion de chacun de ces symptômes, pris isolément d'abord, puis groupés et comparés que l'on peut et l'on doit soupçonner le néoplasme, ce qui amène à pratiquer la biopsie.

Evolution

Période d'envahissement

Marchal, en 1895, a le premier essayé de montrer les étapes successives de l'envahissement de l'épithélioma parti de l'oreille moyenne.

Il la définissait comme suit : d'abord le temporal avec l'articulation temporo-maxillaire, puis dans l'ordre : la parotide, la corde du tympan (?) l'antre mastoïdien, l'oreille interne, le rocher, le trijumeau.

Puis, gagnant le trou déchiré postérieur, le processus néoplasique atteindrait le glosso-pharyngien, le pneumo-gastrique, parfois le spinal et, dans certains cas, le grand hypoglosse.

Le développement intra-crânien se ferait en suivant la face postérieure du rocher jusqu'au trou déchiré postérieur.

En 1897, Hamon du Fougeray, rapportant une observation où il avait constaté des phénomènes aphasiques du type Wernicke avec jargonophilie, avait remarqué la possibilité d'un envahissement uniquement intra-crânien vers la fosse cérébrale moyenne et le sillon de Rolando.

En réalité, il semble bien que la marche de l'envahissement soit essentiellement variable : tel épithélioma évoluera

vers la mastoïde presque d'emblée ; tel autre vers la parotide ou le naso-pharynx ; tel autre, beaucoup plus rarement, vers la fosse cérébrale ou cérébelleuse.

Nous ne croyons pas cependant qu'on doive chercher à ces différences d'évolution une explication dans la différence des formations histologiques, car, pour différents types histologiques, on a trouvé des évolutions identiques. Nous décrirons donc un type schématique d'évolution, en répétant qu'on peut trouver toutes les modalités et en particulier un type incomplet où l'un ou plusieurs des organes énumérés seront intéressés à l'exclusion des autres.

Nous envisagerons successivement :

I. — L'extension autour de la caisse :

- 1° L'atteinte du facial ;
- 2° — du labyrinthe ;
- 3° — du conduit et du pavillon ;
- 4° — de la mastoïde ;
- 4° — de l'articulation temporo-maxillaire et de la parotide.

II. — L'extension à distance :

- 1° Au trou déchiré postérieur ;
- 2° Au naso-pharynx.

III. — L'évolution intra-cranienne :

L'atteinte des méninges ;
Les lésions cérébrales et cérébelleuses.

IV. — L'envahissement ganglionnaire.

1. — Au voisinage immédiat de la caisse.

Envisageons tout d'abord la marche progressive de l'épithélioma à l'intérieur de la caisse du tympan :

1° *Le facial* est toujours pris et la paralysie qui en résulte, totale à plus ou moins longue échéance.

2° *La paroi interne* résiste longtemps. « Le labyrinthe », dit Dupau, « est souvent lésé mais garde presque toujours sa forme à cause de sa capsule très résistante. » Polaillon, longtemps avant lui, avait noté cette particularité : dans un cas où le cancer avait causé une destruction osseuse véritablement formidable, seule restait indemne de tout le rocher la coque du labyrinthe où l'on reconnaissait fort bien la saillie du canal semi-circulaire postérieur.

Est-ce à dire que, malgré son aspect morphologique relativement conservé, le labyrinthe est profondément atteint dans ses propriétés fonctionnelles ?

Nous le pensons.

D'ailleurs Manassé décrit, dans son observation déjà citée « une dégénérescence hyaline du limaçon et des canaux, en partie sous forme de cellules hyalines, et en partie comme des gouttes hyalines isolées ».

Comme ces dernières altérations atteignaient le périoste et le tissu environnant, l'auteur les regarde comme un stade de la périostite interne chronique de l'os pétreux causé par le néoplasme.

A ces modifications histologiques correspondent de graves désordres fonctionnels : surdité complète, vertiges intenses accompagnés de nausées et de vomissements. Depuis Rondot, presque tous les auteurs les ont signalés.

Mais l'interprétation des résultats d'un examen labyrintique nous semble, en tout état de cause, devoir être à cette période extrêmement difficile.

3° *Au niveau du conduit*, les masses bourgeonnantes font rapidement hernie au méat, envahissant le pavillon qui est le siège d'ulcérations multiples avec réaction inflammatoire secondaire intense, douleurs très vives, nécrose et élimination du cartilage.

4° *Au niveau de la mastoïde*, l'envahissement se manifeste d'une façon très atypique : c'est un gonflement, d'abord dur et peu douloureux, qui augmente très rapidement, gagne la région temporale.

La peau est tendue, luisante, rouge. La face postérieure du pavillon est infiltrée et décollée. La tuméfaction prend une consistance molle, on a l'impression d'une fluctuation pâteuse, parfois accompagnée d'une sorte de crépitation.

La pression de la mastoïde est douloureuse.

Pour finir, qu'on soit intervenu (et nombreux sont les cas où, croyant avoir affaire à un abcès rétro-auriculaire, on a incisé et drainé) ou non — la tumeur s'ulcère donnant issue à un liquide sanglant, sanieux, fétide, plus ou moins épais.

Plusieurs ulcérations successives s'ouvrent dans le voisinage et finissent par confluer. Le délabrement s'étend en arrière jusque dans la nuque où de nouveaux clapiers se forment ; les hémorragies se répètent.

Dans l'interstice des masses bourgeonnantes extériorisées on trouve un trajet à contours irréguliers par où s'éli-

minent des débris d'os nécrosés et dont l'axe se dirige vers l'antre mastoïdien.

5° *En avant*, on note un gonflement qui s'étend de la tempe vers l'orbite, l'œil pouvant être refoulé. Très fréquemment la parotide est envahie seule ou avec l'articulation temporo-maxillaire.

On constate alors du trismus, une déviation de la mâchoire plus ou moins accentuée.

La mastication d'abord simplement douloureuse est devenue impossible. La tuméfaction successivement dure, puis fluctuante tend à s'ulcérer en plusieurs points, réalisant un cratère à fond bourgeonnant et donnant au malade un aspect hideux.

2. — Envahissement à distance.

1° *En arrière et en dedans*. — Très fréquemment l'épithélioma détruit le tympanal, la face postérieure du rocher, déterminant une névralgie du trijumeau intense et atteint le trou déchiré postérieur.

On l'a vu effondrer la base de la fosse cérébelleuse, ronger les masses latérales de l'occipital et s'attaquer à l'atlas.

Dans l'observation de Polaillon « l'atlas a disparu en totalité ». La dure-mère est perforée au niveau du trou occipital par l'apophyse odontoïde de l'axis qui fait saillie à l'intérieur du crâne. » Comment, se demande l'auteur, le bulbe et la protubérance ont-ils pu s'accomoder de cette compression ? »

La tumeur finit par s'extérioriser au niveau du cou.

Evidemment, un tel envahissement comporte, d'une part une impotence considérable (le malade était obligé de soutenir sa tête avec ses mains pour exécuter le moindre mouvement du cou), et d'autre part des lésions nerveuses importantes.

Celles-ci nous intéressent surtout, car nous ne croyons pas qu'une destruction osseuse aussi étendue puisse être très fréquente (c'est le seul cas que nous ayons trouvé) et compatible avec une survie même extrêmement limitée. Le syndrome du trou déchiré postérieur, au contraire, a été plusieurs fois rapporté. On note souvent une paralysie complète du trapèze (XI), mais surtout une atteinte du glosso-pharyngien se manifestant par de la dysphagie qui résulte à la fois de la perte de la motricité et de la sensibilité du voile du palais et du pharynx et de la perte de la sensibilité de la langue.

Le nasonnement constaté par Polaillon doit reconnaître la même origine. Quant à la salivation elle peut être expliquée, à la fois, par l'atteinte du glosso-pharyngien au trou déchiré postérieur et celle de la corde du tympan dans la caisse.

La paralysie du pneumogastrique se révèle par des crises de cardialgie, des troubles du rythme et peut-être aussi par des modifications pupillaires — bien que celles-ci semblent plutôt en rapport avec des lésions des plexus sympathiques.

L'apparition d'un syndrome de paralysie d'une corde vocale rattaché par Polaillon à la lésion du X paraît plus vraisemblablement appartenir à l'atteinte du spinal.

Enfin il n'est pas rare de noter une participation du XII au processus paralytique.

2° *En avant*, l'épithélioma peut envahir la grande aile du sphénoïde.

Enfin, suivant la trompe d'Eustache, on le voit faire hernie dans le cavum et le pharynx qu'il emplit bientôt de sa masse bourgeonnante. On a constaté des infiltrations de l'amygdale (Christen).

3. — Evolution intracrânienne.

Dans la majorité des cas la tumeur n'envahit pas l'encéphale. Cette rareté des propagations au cerveau peut s'expliquer par la barrière que constituent les méninges et il semble bien que le tissu fibreux résiste mieux que l'os.

Il est un fait certain : c'est que la méningite purulente qu'on aurait quelques raisons de redouter ne se produit, pour ainsi dire, jamais.

Par contre, s'il n'y a pas de perforation des méninges, il est fréquent de constater, à l'autopsie, l'adhérence du cerveau et du cervelet à la base du crâne en regard de la tumeur ; cette adhérence, cloisonnant les espaces sous-arachnoïdiens, aide à comprendre pourquoi la méningite ne se rencontre pratiquement pas.

Nous comprenons également pourquoi se produisent ces phénomènes nerveux : monoplégies, douleurs, aphasie, syndrome pseudo-bulbaire, en rapport avec des foyers de compression ou d'irritation parfois étendus et disséminés.

Il n'en reste pas moins vrai que les observations faisant mention d'infiltration néoplasique du cerveau, soit périphé-

rique (Sessous 1903), soit en masse dans le lobe temporal (Rasmussen) demeurent incontestables.

Au niveau de l'émergence des nerfs on constate souvent une collerette de pachy-méningite les entourant complètement. Le facial et l'auditif, placés en plein centre de la tumeur, sont ainsi plus ou moins englobés.

Signalons qu'on peut observer un syndrome cérébelleux plus ou moins intriqué avec un syndrome labyrinthique co-existant et dont la signification est bien délicate à déterminer.

4. — Envahissement ganglionnaire.

Nous n'avons pas voulu parler de l'envahissement ganglionnaire avant d'en avoir terminé avec les diverses propagations aux organes voisins. Nous ne l'avons pas fait parce que les auteurs ne sont pas d'accord.

Tantôt ils passent complètement sous silence l'adénopathie ; tantôt ils la nient, tantôt ils la mentionnent.

D'autres, enfin, prétendent que selon que l'on aura affaire à un carcinome ou à un épithélioma on constatera ou non l'envahissement ganglionnaire. Nous pensons, quant à nous, autant que nous ayons pu nous faire une opinion à la lecture d'observations éparses — que l'adénopathie est toujours tardive (ce qui en limite la signification) et en rapport beaucoup plus avec l'infection secondaire qu'avec le processus néoplasique.

Mais il serait nécessaire pour trancher le débat d'apporter de nombreux examens histologiques des ganglions.

Sur ce point, vraiment important, notre documentation

est insuffisante et nous souhaitons que la question soit étudiée et complétée par ceux qui auront l'occasion d'observer de nouveaux cas.

Là où tout le monde paraît d'accord, c'est pour signaler l'absence des métastases, et ceci, semblant confirmer notre opinion sur les adénopathies, comporte d'importantes conséquences thérapeutiques.

Quels sont donc les phénomènes cliniques qui accompagnent cette évolution anatomique de l'épithélioma ?

Outre les signes que nous avons signalés en parlant des lésions successives de chaque organe, nous insisterons sur la douleur qui devient atroce déchirante et résiste à la morphine aux plus fortes doses.

Par contre, il est tout à fait exceptionnel d'assister à une hémorragie foudroyante : Carmalt et Hewtson signalent, le premier, l'hémorragie du sinus latéral, le second, celle de la carotide interne. Mais dans l'immense majorité des cas, il semble que les gros vaisseaux soient englobés, comprimés et oblitérés par le processus néoplasique. Les hémorragies que l'on constate — et qui sont fréquentes — sont des hémorragies en nappe : les bourgeons saignent d'une façon plus ou moins continue.

Il en résulte un état d'anémie aiguë qui, joint à la cachexie, emporte rapidement le malade.

La durée totale de l'affection, depuis sa première manifestation, n'excède pas, en général, quatorze à dix-huit mois. La seconde période s'étend sur un espace de trois à six mois et la fin est particulièrement atroce.

Diagnostic Clinique

Nous serons brefs sur le diagnostic clinique. Nous ne l'envisagerons d'ailleurs que pendant la première période : en effet, il doit être pôsé à ce moment pour que l'opération ait quelque chance de succès — et par ailleurs lorsque le néoplasme a envahi le pavillon, les téguments de la région mastoïdienne ou la parotide, la discussion n'est plus possible ; le néoplasme étant évident on ne peut que se poser la question de son siège initial — question de fort mince intérêt, l'inopérabilité étant dès lors certaine.

Nous avons montré, chemin faisant, dans quelles conditions le diagnostic positif était à poser, et nous avons déjà ébauché la discussion du principal diagnostic différentiel : le polype de l'oreille.

Polype.

Nous avons dit que rien, parmi les gros signes fonctionnels, rien de bien marquant dans l'histoire de la maladie, ne nous mettait sur la voie du diagnostic.

Reste un signe d'examen : le bourgeon du conduit, et un symptôme pas toujours facile à mettre en évidence dans les commémoratifs, parce que le malade n'y attache pas une grande importance : l'otorragie.

Entre le gros bourgeons néoplasique et le polype, la discussion est vite tranchée, d'autant plus que cet aspect très suspect à première vue commande la biopsie.

Mais là où le diagnostic devient délicat, c'est lorsqu'il s'agit d'un petit bourgeon qu'on voit mal au fond du conduit, baigné qu'il est dans un agglomérat de pus et de débris épidermiques.

Une première précaution, tellement banale que nous nous excusons d'insister : il faut bien nettoyer le conduit, s'éclairer avec une suffisante intensité. En effet, plus que dans tout autre cas, il est essentiel d'avoir du jour. Un exemple : Dutheillet de Lamothe parle d'une femme chez laquelle s'installe une otorrhée et des douleurs auriculaires ; l'examen est gêné par une exostose du conduit préexistante — on ne peut voir ce qui se passe derrière. Les phénomènes s'aggravant, on se décide à enlever l'exostose et on constate dans la caisse et dans la mastoïde des lésions telles qu'il n'est pas possible qu'il s'agisse d'une affection suppurée simple : la biopsie montre le caractère de malignité de cette affection.

Ainsi donc, commencer par déblayer avec soin le conduit.

On met ainsi en évidence un petit bourgeon néoplasique : certes, son aspect est un peu particulier : sanieux, grisâtre, il saigne au moindre contact.

Mais on sait combien les polypes que l'on rencontre dans ces vieilles otorrhées peuvent saigner.

Certes, la caisse apparaît bourrée de bourgeons analogues ; mais les otites moyennes chroniques peuvent donner un aspect de fond de caisse fongueuse, proliférante et facilement hémorragique. En définitive, quel est le signe

distinctif ? Il n'en est aucun. On fait une biopsie, presque par acquis de conscience, parce que, quand même, l'otorragie est trop importante pour pouvoir s'expliquer par une lésion banale et surtout parce que la reproduction des bourgeons après leur ablation est vraiment trop exceptionnellement rapide.

Nous avons dit à propos de l'examen otoscopique d'un bourgeon charnu qu'il était important d'établir le diagnostic du siège de cette lésion. S'agit-il d'une tumeur du conduit ou d'une tumeur de l'oreille moyenne ? L'épithélioma de la caisse secondaire à celui du conduit est beaucoup plus fréquent que l'épithélioma primitif de l'oreille moyenne. Aussi rappelons la nécessité d'un examen soigneux au styilet, sans nous faire beaucoup d'illusion quant aux résultats obtenus.

De même l'examen du cavum, pratiqué systématiquement, peut montrer la présence d'une tumeur qui, par la trompe d'Eustache, a envahi secondairement la caisse du tympan. Il est bien rare que la localisation primitive ne se soit pas manifestée avant l'atteinte auriculaire et nous n'insisterons pas sur ce diagnostic.

Paralysie faciale.

Quant au diagnostic étiologique d'une paralysie faciale progressive chez un malade atteint depuis de longues années d'otite moyenne suppurée, nous ne le discuterons pas : on conçoit que la première idée qui vienne soit celle d'ostéite microbienne ayant intéressé le facial par compression ou névrite et non celle de compression ou de destruction par une tumeur maligne.

D'ailleurs la paralysie faciale ne nous paraît pas particulièrement précoce au cours de l'épithélioma et, s'il n'existait pas un autre symptôme concomitant (tel que bourgeon charnu hémorragique), on ne pourrait même pas soupçonner la nature de la lésion.

Cholestéatôme.

Répétons enfin que, dans la forme de l'épithélioma de l'oreille moyenne masqué par un cholestéatome, le diagnostic clinique ne saurait être fait avant l'intervention.

Mastoïdite.

Dans quelques cas, très rares, l'attention est tout d'abord attirée vers la mastoïde et non vers le conduit.

On note un gonflement mastoïdien s'étant installé à bas bruit, d'abord diffus, dur et peu douloureux — puis ramolli et enfin fluctuant avec rougeur de la peau.

La pression de la mastoïde révèle la douleur et un signe particulier, mais très inconstant, la crépitation osseuse.

Dans ces conditions, on peut songer à une mastoïdite syphilitique, à une mastoïdite tuberculeuse ou à une mastoïdite subaiguë banale et sans signes généraux. Le plus souvent le diagnostic n'est pas fait et pourtant il suffirait d'examiner plus soigneusement le pseudo-polype qu'on découvre au fond du conduit, d'en faire la biopsie — d'autant plus que chez ce malade, porteur d'une otorrhée discrète depuis de longues années, est apparu récemment une otorragie importante. Il est, croyons-nous, capital d'être fixé avant l'intervention : certes, celle-ci entreprise même

sans diagnostic exact révèle des lésions bien suspectes. Mais comment pratiquer d'emblée, sur la simple constatation de ces lésions et sans confirmation histologique, une opération extrêmement élargie, peut être mutilante ? La plupart du temps on hésite, l'exérèse est insuffisante, les chances de succès bien minces.

Enfin, il est un diagnostic qui n'a été posé que deux fois à notre connaissance (Mouret 1912 ; Bourgeois 1930). C'est celui d'une tumeur angiomateuse de la caisse du tympan ; le caractère pulsatile de cette tumeur a attiré l'attention des auteurs et c'est le seul signe différentiel que l'on puisse retenir. En effet, dans l'observation de Mouret, où il s'agissait d'un anévrisme de la carotide interne, il existait une otorragie abondante avec paralysie faciale et parésie de la moitié correspondante de la langue. Au fond du conduit, on notait l'existence d'une tumeur bourgeonnante, rougeâtre et hémorragique. Enfin une fistule s'ouvrait dans la région zygomatique, une autre en arrière de l'oreille. Du côté du pharynx on découvrait une masse animée de battements.

Evaluation clinique de l'extension des lésions : Diagnostique d'opérabilité.

Sans revenir sur l'extension au conduit dont nous avons déjà parlé à deux reprises, nous croyons indispensable d'être à peu près fixé sur ce que l'on va trouver à l'intervention.

Ne nous faisons pas d'illusion : la tumeur sera toujours beaucoup plus étendue qu'on ne le pensait ; n'importe, par la rhinoscopie postérieure, on recherchera l'envahisse-

ment de la trompe d'Eustache. La radiographie devrait rendre d'importants services. L'examen vestibulaire est de rigueur. Enfin, il ne faudra pas négliger un examen neurologique complet avec ponction lombaire et examen du fond de l'œil, susceptibles de montrer une propagation intracranienne.

Ainsi on ne commencera pas une opération longue et délicate avec trop de risque de se trouver en cours de route, débordé par l'extension de la tumeur.

On est ainsi parvenu à la présomption clinique de tumeur maligne primitive de l'oreille moyenne.

Il faut prélever pour l'examen histologique plusieurs fragments en différentes places au niveau de la caisse elle-même : c'est de ce prélèvement que viendra la certitude. Il sera bon également, au cours de l'intervention, de pratiquer un nouveau prélèvement.

Diagnostic Histologique

Nous éliminerons toutes les tumeurs qui à l'examen clinique peuvent en imposer pour un épithélioma de l'oreille moyenne : papillome, fibrome ou fibroglome de l'auditif intra-pétreux ceux-ci exceptionnels, psamome encore plus exceptionnel, au contraire du sarcome qui, lui, se rencontre assez fréquemment (Achard, *thèse de Paris* 1929).

Les tumeurs d'origine épithéliale de l'oreille moyenne sont surtout représentées par le type carcinome.

Nous avons dit pourquoi, à notre avis, les observations ayant trait à la question se sont rangées pendant si longtemps sous la rubrique « carcinome » ; on a attaché une grande importance au stroma de ces tumeurs et on a voulu en faire un type particulier alors qu'histologiquement elles appartiennent incontestablement à la catégorie des épithéliomes et que, cliniquement, elles évoluent d'une façon identique.

D'ailleurs, en Allemagne, « carcinome » est presque synonyme de tumeur épithéliale maligne en général.

Nous avons signalé qu'on avait voulu voir pour les carcinomes de l'oreille moyenne des envahissements ganglionnaires — alors que l'atteinte lymphatique n'existerait pas

pour les épithéliomas et nous nous sommes expliqués à ce sujet.

Ce point étant fixé, il est incontestable qu'on rencontre fréquemment parmi l'ensemble des tumeurs épithéliales malignes une très grosse proportion de formations où le tissu conjonctif a une prédominance marquée.

Bien souvent, ces « carcinomes » sont du type alvéolaire le plus net.

Outre les carcinomes, on trouve, mais moins souvent, des épithéliomas et exceptionnellement des endothéliomes.

Parmi les premiers, un cas tout à fait exceptionnel d'épithélioma à cellules cylindriques a été décrit par Lauze. Dans la règle, on a affaire à des épithéliomas pavimenteux spino-cellulaires lobulés avec globes cornés épidermiques, plus rarement à des épithéliomas pavimenteux tubulés baso-cellulaires, assez fréquemment à des épithéliomas intermédiaires à tendance spino-cellulaire.

Les trois cas que nous présentons ont été étiquetés comme suit :

1° Epithélioma spino-cellulaire à globes épidermiques cornés ;

2° Epithélioma intermédiaire à tendance spino-cellulaire ;

3° La biopsie de la troisième observation est d'une interprétation particulièrement délicate du fait de l'orientation tangentielle de la coupe.

Un premier examen avait conclu à un papillome en voie de dégénérescence néoplasique ; en effet, on aurait constaté la présence de boyaux épithéliaux effondrant la basale avec

figures de karyokinèse et monstruosités cellulaires. Il se serait agi d'un épithélioma baso-cellulaire à l'encontre de nos deux premiers cas et de la majorité de ceux publiés par ailleurs.

Par la suite, une nouvelle biopsie pratiquée avant l'intervention et examinée par un autre anatomo-pathologiste nous avait donné une réponse assez surprenante.

Le second prélèvement avait porté sur le conduit auditif et le fragment était constitué par « un tissu de sclérose dense à revêtement malpighien, pourvu d'annexes pilo-sébacées ; en profondeur en pleine sclérose, nodules inflammatoires périvasculaires constitués exclusivement par des plasmocytes ». En définitive, rien de néoplasique et même, ajoute l'anatomo-pathologiste, « image histologique de syphilis ». Il recommande toutefois de vérifier le siège de la biopsie et de contrôler si cet aspect cadre avec la clinique.

Nous ne nous sommes pas arrêtés à cette réponse histologique précisément parce que l'aspect otoscopique des bourgeons était absolument identique à ceux que nous avions déjà opérés pour épithélioma histologiquement confirmé et parce que le prélèvement ne nous paraissait pas avoir été fait en bonne place.

A l'intervention, les lésions trouvées nous ont fortifiés dans notre opinion : tout concordait à nous faire croire à un épithélioma.

Nous verrons que ces lésions ont amené à sacrifier délibérément le facial déjà touché.

Les suites opératoires ont été extrêmement favorables et, par la suite, le malade étant considéré comme guéri, nous avons pratiqué deux nouveaux prélèvements.

Tous deux ont été absolument négatifs : il ne s'agissait plus que de lésions inflammatoires en voie d'organisation conjonctive sans aucun aspect néoplasique.

Nous pouvions donc, en nous fiant à l'examen histologique initial, penser qu'il s'était bien agi d'un épithélioma et qu'au cours de l'intervention on avait réussi à exciser la totalité de la masse néoplasique. Le résultat obtenu était par conséquent excellent. Cette évolution exceptionnellement favorable que nous avons pu suivre jusqu'en janvier dernier (soit un an de survie sans le moindre signe de récurrence locale) comparée à celle de notre observation n° I nous a incités à vérifier la première coupe. M. le Professeur Roussy a bien voulu nous donner l'appui de sa haute autorité : tout en reconnaissant qu'il existe dans la préparation des points suspects, il se déclare incapable d'affirmer la dégénérescence maligne du papillome.

Il est vrai qu'il existe des figures de monstruosité cellulaires et des karyokinèses — mais telles qu'on peut en voir (assez rarement d'ailleurs) dans des lésions de type inflammatoire.

Quant aux boyaux épithéliaux leur interprétation est encore plus délicate, l'orientation défectueuse de la coupe ne permettant pas de situer exactement la basale.

La question n'est donc pas tranchée et nous n'avons même aucun espoir qu'elle ne le soit jamais en ce qui concerne cette observation.

Nous avons cependant jugé utile de la rapporter fidèlement et impartialement pour montrer combien, dans certains cas, il est difficile de se fixer une ligne de conduite.

Nous persistons à croire qu'on était en droit d'intervenir comme il a été fait, malgré le sacrifice du facial, (d'ailleurs antérieurement parésié), qu'on a été obligé de consentir étant donné l'importance considérable des lésions.

Traitement

Nous abordons maintenant une question particulièrement délicate. Nous étudierons successivement les techniques qui se trouvent en présence pour le traitement si difficile de l'épithélioma de l'oreille moyenne, puis leurs indications respectives et enfin les résultats obtenus.

Nous constaterons ainsi la gravité du pronostic.

I. — Techniques en présence

Ici, comme pour tout épithélioma quel qu'il soit, on est sollicité par deux méthodes thérapeutiques bien différentes : intervention chirurgicale ou agents physiques, (curiethérapie et radiothérapie auxquels est venu s'ajouter dernièrement la diathermie).

Disons tout de suite que ni l'une ni l'autre méthode ne nous paraît devoir donner de résultats satisfaisants dans la majorité des cas.

1. — Traitement chirurgical.

A l'épithélioma de l'oreille moyenne, on a depuis longtemps opposé l'évidement pétro-mastoïdien très élargi parfois suivi de résection totale du conduit avec amputation du pavillon.

La technique consistera à se laisser guider par les lésions pour en faire une exérèse large en empiétant loin sur les tissus en apparence parfaitement sains.

En règle générale, l'évidement pétro-mastoïdien sera très étendu avec curage soigneux de la caisse : il ne faut pas négliger le prolongement tubaire.

On va d'emblée jusqu'à la corticale endocranienne qu'il ne faut pas hésiter à enlever sur toute l'étendue nécessaire : la dure-mère sera ainsi mise à nu presque systématiquement en haut et en arrière. Il faudra se méfier, car elle est fréquemment adhérente, plus ou moins infiltrée et on risque de l'amener avec l'os. Lorsqu'on rencontre cette adhérence des méninges, on est d'ailleurs aussitôt fixé sur le pronostic.

Bien souvent la paroi interne de la caisse n'est pas lésée : l'os sonne bien sous la curette et on peut penser qu'il n'y a pas utilité dans la règle à trépaner le labyrinthe.

Le sinus doit être toujours découvert : parfois depuis son coude jusqu'à son abouchement dans la jugulaire, dont le golfe est mis à nu.

Au plancher on est ainsi amené dans certains cas à découvrir la carotide interne.

Quant au facial, il est presque toujours découvert soit à l'aditus, soit au niveau du mur ; dans ce dernier cas si le néoplasme a envahi le massif osseux, on resèque volontairement le nerf pour pratiquer un curettage minutieux de la région. En tout état de cause, on ne peut songer à conserver le facial sans laisser de grosses lésions en évolution ; d'ailleurs, dans de telles conditions, le nerf lui-même est toujours atteint et il est impossible, dans l'espoir fallacieux

de voir la paralysie regresser, de courir à une récédive certaine.

La plastique devra être pratiquée très largement en vue de se mettre à l'abri d'une récédive possible au niveau des parties molles de la paroi postérieure du conduit. Il s'agit donc bien plus d'une exérèse que d'une plastique véritable, d'autant plus que la plaie rétro-auriculaire sera laissée largement ouverte pour la surveillance.

On fera, si la peau de la région rétro-auriculaire est infiltrée ou simplement menacée, une résection cutanée toujours importante. Il sera toujours temps plus tard de tenter une plastique.

Parfois, pour se mettre à l'abri d'une récédive au niveau de la portion du conduit laissée en place, on sera amené à pratiquer d'emblée la résection totale du conduit avec amputation du pavillon. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'épithélioma du conduit propagé à la caisse et opéré par évidemment pétro-mastoïdien et simple résection large de la paroi postérieure du conduit : la récédive se produisit au niveau du moignon antérieur du conduit laissé.

Nous estimons que nous aurions peut-être obtenu un tout autre résultat en sacrifiant d'emblée la totalité du conduit, et, tirant expérience de ce cas (bien qu'il ne soit pas exactement superposable à celui d'un épithélioma de la caisse ayant secondairement envahi le conduit), nous proposons une technique inspirée de celle de Goris (Société belge d'otologie, 1^{er} juin 1902).

Nous combinerons à l'incision rétro-auriculaire une incision antérieure circulaire au ras de l'insertion de la conque et rejoignant les deux extrémités supérieure et inférieure de

la première incision. Le conduit sera enlevé en masse avec le pavillon après avoir été décollé à la rugine sur tout son pourtour jusqu'au sulcus. Ce temps de l'opération, bien que très hémorragique, devrait être, croyons-nous, pratiqué avant la trépanation pour donner plus de jour. L'évidement une fois terminé, il faudra réséquer à la gouge la paroi antérieure osseuse du conduit.

La perte de substance cutanée résultant de cette intervention sera évidemment considérable : il faudra tâcher de la limiter par quelques crins placés aux angles supérieur et inférieur de l'éclipse qu'elle affecte et mécher par le large orifice ainsi circonscrit.

En somme, on le voit, il ne s'agit que d'un évidement pétro-mastoïdien atypique combiné à une mastoïdectomie totale. Cette intervention n'a de particulier que le peu de cas que l'on fait du facial ou du pavillon destinés à être sacrifiés dans certaines conditions — l'intérêt vital, déjà compromis, devant primer, croyons-nous, le résultat esthétique.

Une des trois interventions dont nous parlons dans nos observations a été faite suivant ces données générales entièrement à l'anesthésie locale. Toutes les manœuvres dans la caisse ont été parfaitement supportées. Nous croyons que ce petit point accessoire de technique valait d'être noté.

Le seul accident qu'on ait à redouter est l'hémorragie : elle se produit soit au cours de l'intervention, soit dans les heures qui suivent. Ritter en 1909, a rapporté une observation de blessure de la carotide interne à la fin d'un évide-

ment : il y a remédié par un tamponnement serré qui est demeuré vingt-cinq jours en place.

Carmalt, en 1889, a rapporté un cas d'hémorragie post-opératoire contre laquelle il n'y a eu rien à faire.

Un de nos malades a présenté le soir même de l'opération une hémorragie grave du plancher de la caisse qu'on a pu juguler par tamponnement.

Telle est rapidement décrite avec ses accidents l'intervention à laquelle on a eu toujours recours. Nous ne parlerons que pour mémoire de celle pratiquée par Eve en 1908 et rapportée par Hunter Tod : il s'agissait d'un épithélioma de la caisse récidivé malgré évidemment pétro-mastoïdien et curettage ultérieur de la cavité. Eve fit la ligature de la carotide externe avec ablation de quelques ganglions envahis de la chaîne carotidienne.

2. — Traitement par les agents physiques.

Maintenant que nous avons vu ce que l'on peut chirurgicalement tenter, voyons qu'elles ressources nous offrent les agents physiques.

A cet égard la littérature est peu fournie : elle semble cependant montrer une importante proportion d'échecs en regard de quelques améliorations transitoires.

Peut-être ces échecs sont-ils imputables en grande partie au choix des malades qui ont été ainsi traités, l'opération chirurgicale n'ayant, chez eux, paru avoir aucune chance de succès. Mais le fait que l'on a guère employé les agents physiques qu'en cas d'épithélioma inopérable ou récidivé, paraît dénoter une certaine concordance de vues parmi les

auteurs : les possibilités de la méthode étant fort restreintes, étant donné les risques de radionécrose, n'en font en quelque sorte, qu'un pis-aller.

Selon les auteurs, on emploiera tantôt les rayons X (Dutheillet de Lamothe), tantôt le radium (Docteur Wallon), tantôt les deux associés (Moulonguet). On peut croire qu'il s'agit bien plus de préférence personnelle dictée par des raisons de commodité ou par l'évolution anatomique de chaque cas particulier, que de question de doctrine.

Toutefois la curiethérapie semble d'application plus difficile, les risques de radionécrose qu'elle entraîne étant particulièrement grands : il semble, dans ces conditions, qu'il vaut mieux la réserver aux cas d'épithélioma extériorisés au niveau du pavillon et de la mastoïde ou ayant envahi la parotide ou la région cervicale supérieure. Le principe de certains appareils moulés porte-radium offre l'avantage de répartir une dose de radiations déterminée sur chacun des points que l'on veut attaquer. Nous ne saurions indiquer une technique ni parler des doses à employer qui paraissent être essentiellement variables suivant les cas — et les cas rapportés sont trop rares pour qu'on puisse y trouver des indications d'ensemble. La radiothérapie sera employée ici, comme pour tout épithélioma, à doses massives en séances rapprochées : elle est certainement moins dangereuse que le radium au point de vue nécrose.

Enfin Dutheillet de Lamothe rapporte une observation où il a obtenu un résultat satisfaisant par l'emploi de la diathermie après échec de la radiothérapie,

II. — Indications respectives des différentes techniques thérapeutiques

1. — Indications chirurgicales.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question se sont montrés nettement interventionnistes. Dupau, suivant Kretschmann dans sa façon de voir, écrit : « Il faut *toujours* opérer, même sans espoir de guérison et quelquefois contre les règles de la chirurgie, l'intervention amenant toujours une atténuation très marquée des phénomènes douloureux ».

On peut croire que, lorsqu'on opère, c'est *presque toujours* contre les règles de la chirurgie et surtout celles de la chirurgie si particulière du cancer. En effet, il ne peut être question de faire une exérèse totale anatomique du rocher — et ici, étant donné l'absence des métastases et l'envahissement très tardif des ganglions, cela aurait un intérêt considérable. On est obligé de se contenter d'une exérèse *aussi étendue que possible* de la tumeur, soit une intervention plus ou moins limitée, plus ou moins économique.

Par ailleurs, il est certain que nombreux sont les cas d'épithéliomas très évolués où toute opération s'annonce d'emblée comme une impossibilité.

Il paraît donc que le conseil de Dupau n'est pas à prendre à la lettre, d'autant plus que son argument, tout en restant important, n'est pas exempt de critique : si, en effet, de nombreux chirurgiens qui sont intervenus ont insisté sur l'atténuation réelle des douleurs, même en cas d'échec, d'autres n'ont pas retiré de l'opération cet avantage.

Il n'en demeure pas moins que l'intervention chirurgicale est dans certaines conditions la seule ressource : il faut opérer quand l'extension de la tumeur n'est pas telle qu'on ne puisse espérer la déborder largement. Mais s'il y a perforation ou gros délabrement de la boîte osseuse crânienne décelés par la radiographie, ou propagation intracrânienne, ou atteinte des nerfs du trou déchiré postérieur, ou envahissement de la parotide et de l'articulation temporo-maxillaire, ou envahissement du cavum par la trompe d'Eustache, on doit renoncer à toute opération.

2. — Indications des agents physiques.

En tant que traitement isolé, il semble bien qu'on doive borner les indications de la curiethérapie ou de la radiothérapie aux contrindications de la chirurgie.

En plus des difficultés d'application de la méthode, le fait que les épithéliomas de l'oreille moyenne sont le plus souvent du type spino-cellulaire, c'est-à-dire radio-résistants rend, à priori, les résultats qu'on en peut attendre des plus aléatoires.

Peut-on, dans ces conditions, combiner systématiquement la chirurgie et les agents physiques ?

3. — Association de la chirurgie et des agents physiques.

Cette association répugne, en principe, à de nombreux chirurgiens qui veulent une exérèse empêchant toute possibilité de récidence locale.

Elle est également contraire aux tendances actuelles des

radiothérapeutes qui déconseillent formellement l'emploi à titre prophylactique des agents physiques après intervention : l'exérèse, si on la fait, devant être théoriquement large et suffisante par elle-même — la crainte de la radionécrose d'une part, la plus grande résistance qu'acquièrent les tissus intempestivement irradiés (rendant problématique tout traitement ultérieur s'il s'avérait indispensable du fait d'une récurrence) d'autre part — leur font rejeter comme illogique, inutile et dangereuse, cette association.

Le problème ainsi posé paraît simplifié ; en réalité, il ne l'est guère, parce que lorsqu'on opère, on ne doit pas garder trop d'illusion : quoiqu'on fasse, on aura un certain risque de récurrence. La chirurgie, dans le cas particulier, ne saurait être brillante ni s'appliquer à suivre des règles intangibles.

Faudra-t-il donc attendre la récurrence pour agir ? N'est-on pas en droit, malgré les objections des radiothérapeutes, d'irradier systématiquement les cavités opératoires ? Bien que les doses employées risquent d'être inefficaces si l'on ne veut délibérément s'exposer à la radionécrose ?

Reste le cas où, ayant entrepris une opération, on se trouve obligé, malgré toutes les précautions dont on s'était entouré avant d'intervenir pour délimiter l'étendue des lésions, de laisser des tissus plus que suspects, leur ablation étant au-dessus des ressources chirurgicales. Dans ce cas l'application des rayons X ne nous semble pas être contestable comme complément indispensable et immédiat de l'intervention.

Essai de Pathogénie

En étudiant l'ensemble des publications ayant trait aux épithéliomas de l'oreille moyenne, nous avons été frappés par certains faits :

1° Existence presque constante d'une otorrhée chronique ayant précédé l'apparition clinique du néoplasme ;

2° Au cours de cette otorrhée, prolifération polypoïde bourgeonnante ;

3° Dans certains cas plus rares, mais extrêmement nets, développement pour ainsi dire immédiat du néoplasme après évidemment pétro-mastoïdien pratiqué pour cholestéatome ;

4° Enfin très grande proportion de carcinomes tumeurs où prédomine le tissu conjonctif par rapport au tissu épithélial.

Il nous a donc semblé incontestable que dans tous les cas l'épithélioma avait été précédé d'une inflammation de longue date de la muqueuse de la caisse. Dans tous les cas, même en envisageant les cholestéatomes, car nous pouvons déceler dans la pathogénie de ceux-ci un facteur inflammatoire non discutable.

Etant admis le rôle capital de l'inflammation, nous nous hâtons de dire qu'il n'y a certainement pas, dans la pathogénie de l'épithélioma de l'oreille moyenne, des phénomènes inflammatoires isolés. Peut-on comparer, en effet, le nombre formidable d'otites chroniques avec polypes ayant traîné pendant des dizaines d'années sans aucune trace de transformation néoplasique, aux très rares cas d'épithélioma développé dans les mêmes conditions ?

Pour important qu'il soit, le facteur inflammatoire ne saurait être, à notre avis, qu'accessoire. La vraie cause nous échappe et, là, la discussion reste entière : c'est tout le problème de l'origine du cancer.

Ceci étant dit, quelles sont les hypothèses que l'on peut tirer au point de vue pathogénique des manifestations cliniques et histologiques de l'épithélioma de l'oreille moyenne ?

Nous distinguerons, d'une part, les otorrhées avec formations polypôides ; d'autre part, les cholestéatomes.

I

Pour ce qui est des formations bourgeonnantes, nous avons été frappés de la fréquence des erreurs de diagnostic à leur sujet.

Innombrables sont les otologistes avertis qui, ayant examiné ces formations ont conclu à des polypes banaux, les ont curettés et ne se sont aperçu de leur caractère de malignité que plus tard ou en constatant l'extraordinaire rapidité de leur reproduction.

Il nous semble difficile d'admettre que tous se soient trompés, que tous aient passé à côté d'un aspect un peu

Insistons donc sur l'absolue nécessité de la biopsie qui, faite au moindre doute, commande une opération très élargie et précoce, seule chance de succès.

En ce qui concerne les trois malades dont nous parlons, on a cru qu'après toute intervention, même si la caisse présentait un aspect parfaitement propre, il était de bonne précaution de faire la radiothérapie. Quelle a été l'influence exacte de cette dernière thérapeutique ? Elle n'a pas empêché une récurrence rapide.. Mais nous croyons que là où on a enregistré un échec, il eût mieux valu employer le radium : en effet, Halphen rapporte une observation où l'application d'un appareil moulé porte-radium sur des bourgeons néoplasiques apparus dans une cavité d'évidement pratiquée pour cholestéatome (cas en tous points identique au nôtre) a amené la disparition totale des bourgeons au bout de trois semaines. Il est vrai qu'un mois après le bourgeonnement reprenait.

Dans les deux autres cas, l'évolution s'est poursuivie vers la guérison clinique.

Il est certain que dans l'observation n° III où il se serait agi d'un épithélioma baso-cellulaire, radio-sensible par conséquent, on pouvait attendre beaucoup de la radiothérapie.

Mais, dans l'autre cas, il s'agissait d'un épithélioma spino-cellulaire : quel a donc été le facteur prépondérant dans le processus de la guérison : intervention chirurgicale ou radiothérapie ?

En résumé, au début, nous pensons que la seule technique à suivre est l'opération que l'on fera suivre de radiothérapie dans les seuls cas où on a été obligé de laisser des

tissus très suspects. S'il se produit un bourgeon néoplasique dans la cavité, la curiethérapie peut amener une amélioration et permettrait éventuellement une nouvelle intervention.

Dans la période terminale (épithélioma très étendu ou extériorisé), on aura recours, sans beaucoup d'espoir, à la curiethérapie ou à la radiothérapie, suivant les cas.

Enfin n'ignorons point que trop souvent nous ne pourrions que constater notre impuissance à vaincre définitivement le néoplasme et sachons nous estimer satisfaits si nous parvenons à donner à nos malades une année de survie exempte de douleur.

Essai de Pathogénie

En étudiant l'ensemble des publications ayant trait aux épithéliomas de l'oreille moyenne, nous avons été frappés par certains faits :

1° Existence presque constante d'une otorrhée chronique ayant précédé l'apparition clinique du néoplasme ;

2° Au cours de cette otorrhée, prolifération polypoïde bourgeonnante ;

3° Dans certains cas plus rares, mais extrêmement nets, développement pour ainsi dire immédiat du néoplasme après évidemment pétro-mastoïdien pratiqué pour cholestéatome ;

4° Enfin très grande proportion de carcinomes tumeurs où prédomine le tissu conjonctif par rapport au tissu épithélial.

Il nous a donc semblé incontestable que dans tous les cas l'épithélioma avait été précédé d'une inflammation de longue date de la muqueuse de la caisse. Dans tous les cas, même en envisageant les cholestéatomes, car nous pouvons déceler dans la pathogénie de ceux-ci un facteur inflammatoire non discutable.

Etant admis le rôle capital de l'inflammation, nous nous hâtons de dire qu'il n'y a certainement pas, dans la pathogénie de l'épithélioma de l'oreille moyenne, des phénomènes inflammatoires isolés. Peut-on comparer, en effet, le nombre formidable d'otites chroniques avec polypes ayant traîné pendant des dizaines d'années sans aucune trace de transformation néoplasique, aux très rares cas d'épithélioma développé dans les mêmes conditions ?

Pour important qu'il soit, le facteur inflammatoire ne saurait être, à notre avis, qu'accessoire. La vraie cause nous échappe et, là, la discussion reste entière : c'est tout le problème de l'origine du cancer.

Ceci étant dit, quelles sont les hypothèses que l'on peut tirer au point de vue pathogénique des manifestations cliniques et histologiques de l'épithélioma de l'oreille moyenne ?

Nous distinguerons, d'une part, les otorrhées avec formations polypoïdes ; d'autre part, les cholestéatomes.

I

Pour ce qui est des formations bourgeonnantes, nous avons été frappés de la fréquence des erreurs de diagnostic à leur sujet.

Innombrables sont les otologistes avertis qui, ayant examiné ces formations ont conclu à des polypes banaux, les ont curettés et ne se sont aperçu de leur caractère de malignité que plus tard ou en constatant l'extraordinaire rapidité de leur reproduction.

Il nous semble difficile d'admettre que tous se soient trompés, que tous aient passé à côté d'un aspect un peu

particulier, tel qu'il se présente à la période d'état, sans le remarquer. En définitive, nous croyons que, cliniquement, il s'agit toujours, au début, d'un polype inflammatoire banal, et que, sur ce polype banal, se greffe un épithélioma appréciable seulement à l'examen histologique.

Dupau semble avoir entrevu cette question quand il parle de l'existence de plusieurs stades de transformation histologique. Nous-mêmes apportons une observation d'une masse bourgeonnante présentant l'aspect d'un épithélioma et pour laquelle un premier examen histologique a répondu : papillome inflammatoire en voie de dégénérescence maligne. Malheureusement ce cas, si intéressant, étant donné qu'il aurait constitué un stade intermédiaire indiscutable, n'a pas reçu confirmation à la vérification de la coupe.

Ainsi cette forme se caractériserait par la transformation d'un polype inflammatoire préexistant au cours d'une otorrhée chronique et non par l'apparition d'emblée de bourgeons néoplasiques simulant le polype banal.

Si la clinique semble venir à l'appui de notre hypothèse, nous pouvons, croyons-nous, trouver dans l'histologie un autre argument.

Nous avons dit que le carcinome était de beaucoup le type le plus fréquent des tumeurs épithéliales de la caisse.

Dans le carcinome on trouve infiltrées et agglomérées en masse des cellules d'origine épithéliale dans un stroma conjonctif extrêmement développé.

Or l'aspect histologique du polype inflammatoire de l'oreille montre une prédominance du tissu conjonctif.

« Si, dit Lemaître, le processus inflammatoire est très actif

et très ancien, il finit par user et détruire presque complètement le revêtement épithélial du polype — revêtement épithélial que l'on ne retrouvera guère qu'au niveau d'invaginations, de digitations résultant du plissement de la surface du polype. »

L'épithélium étant détruit, que reste-t-il ? Le tissu propre, soit un stroma conjonctif avec des vaisseaux, une infiltration cellulaire et des formations dégénératives inflammatoires. C'est en plein stroma qu'on constate des formations dégénératives d'origine inflammatoire. Pourquoi n'en serait-il pas de même des formations malignes ? Ainsi serait réalisé le type carcinome et l'on voit au facteur inflammatoire succéder l'épithélioma.

Mais si l'on met à part le carcinome, les épithéliomas que l'on rencontre dans l'oreille moyenne sont toujours pavimenteux, soit du type lobulé avec globes cornés, soit moins fréquemment, du type tubulé.

Or nous savons que l'épithélium du polype, s'il est cylindrique sur le polype jeune se modifie très rapidement suivant la loi générale de la métaplasie épithéliale, pour devenir successivement cubique puis pavimenteux et ceci en rapport avec les phénomènes inflammatoires. Et l'épithélioma, nous l'avons dit, se développe à la suite d'otorrhées très anciennes. Mais si le fait que l'épithélioma soit du type pavimenteux ne s'oppose pas à l'hypothèse de la greffe sur un polype, nous ne voulons point ignorer que la muqueuse normale de la caisse est pavimenteuse au niveau du plafond, du promontoire, de la membrane tympanique et de la surface des osselets. Rien d'étonnant, par conséquent, à ce que l'épithélioma soit du type pavimenteux s'il

s'est développé en dehors de tout processus polypoïde antérieur. Qu'en devons-nous conclure ? Qu'il y a des présomptions cliniques et histologiques pour que la forme polypoïde de l'épithélioma de l'oreille moyenne résulte fréquemment de la transformation d'un polype banal.

II

Envisageons maintenant les cas — moins nombreux, certes (parce que le cholestéatome est plus rare que l'otorrhée chronique banale), mais indiscutables — où l'on a affaire à des formations bourgeonnantes néoplasiques succédant immédiatement à un évidement pétro-mastoïdien pratiqué pour cholestéatome.

Au premier abord, il peut paraître surprenant, l'histoire clinique étant toujours identique, de voir ainsi brusquement l'épithélioma s'installer à la place d'une tumeur essentiellement différente histologiquement et cliniquement.

Comment l'expliquer ?

1° *Première hypothèse* : Il s'agit simplement de deux processus pathologiques évoluant pour leur propre compte indépendamment et successivement.

Trop d'observations signalent cette évolution anormale en elle-même au point de vue pathologie générale et surtout anormale parce que l'apparition de l'épithélioma a suivi immédiatement l'ablation chirurgicale du cholestéatome. Il ne peut donc s'agir simplement de coïncidence fortuite.

2° *Deuxième hypothèse* : L'acte chirurgical aurait favorisé l'éclosion de l'épithélioma.

Nous ne le croyons pas : l'intervention a simplement permis à l'épithélioma de se manifester sans lui donner de coup de fouet, pas plus que l'ablation d'un polype n'aurait pu favoriser la transformation d'une lésion banale en tumeur maligne.

3° *Troisième hypothèse* : Peut-on admettre la dégénérescence suivant le mode cholestéatomateux d'un épithélioma préexistant ? Sans parler de l'impossibilité histologique d'un tel processus comment expliquer que l'épithélioma ne se soit pas manifesté *avant* le cholestéatome par des signes qui lui semblent propres (bourgeons charnus, otorragie) et que surtout il soit brusquement reparu pour évoluer avec une rapidité effroyable *aussitôt après* l'ablation du cholestéatome ?

4° *Quatrième hypothèse* : Le cholestéatome aurait fait, en quelque sorte, le lit de la tumeur maligne, comme le polype aurait été un stade de transition entre la réaction inflammatoire banale et la phase néoplasique. Nous croyons que c'est là l'hypothèse la plus plausible : il nous semble bien, en effet, que l'épithélioma succédant au cholestéatome, il y ait eu pendant un certain temps coexistence des deux processus pathologiques.

Il faudrait donc admettre qu'à la dégénérescence conjonctive cellulaire d'origine inflammatoire, telle qu'on la trouve dans le cholestéatome, se soit surajoutée à un moment donné, préparée par elle, une dégénérescence épithéliomateuse.

Sous quelle influence décisive ? Nous ne saurions, encore une fois, le dire.

Mais nous pensons que, de même que la transformation du polype, dont nous parlions tout à l'heure, la transformation du cholestéatome est passée par un stade histologique cliniquement absolument inappréciable.

Plus tard, la lésion néoplasique étant constituée, elle ne s'est pas manifestée parce que le cholestéatome la masquait. On pourrait objecter à cela qu'il est peu vraisemblable qu'une tumeur qui fait des ravages osseux formidables, ne parvienne pas à s'extérioriser à travers la masse cholestéatomeuse et surtout qu'on ne l'ait pas reconnu au cours de l'intervention .

Nous pensons que si l'examen otoscopique ne l'a pas révélé, c'est parce que, à ce stade, elle était de trop petites dimensions pour se frayer un passage vers le conduit ; d'ailleurs l'intervention n'est décidée que sur les symptômes propres au cholestéatome. Au surplus, à un stade plus avancé, on peut concevoir la destruction totale du cholestéatome qui, lui, passerait alors inaperçu et dans ce cas l'examen otoscopique montrerait un aspect polypoïde et hémorragique identique à celui que nous avons décrit précédemment.

On pourrait dire la même chose en ce qui concerne les constatations faites au cours de l'intervention.

Certes, il doit exister entre ces deux extrêmes : cholestéatome masquant complètement l'épithélioma et épithélioma ayant complètement détruit la masse cholestéatomeuse préexistante un stade intermédiaire où l'examen otoscopique et surtout l'intervention mettraient en évidence la coexistence des deux processus. Or, cela n'a jamais été constaté.

Peut-être est-ce simplement parce que la forme de l'épithélioma succédant à un cholestéatome opéré est extrêmement rare : il n'est pas étonnant qu'on n'ait pu découvrir le passage clinique de l'un à l'autre processus (passage qui doit se faire à la fois insidieusement et rapidement) dans la douzaine d'observations qui ont été publiées.

D'autant plus, nous le répétons, qu'il n'y a aucune raison clinique de croire à un épithélioma et on ne songe pas à faire un examen histologique lorsqu'on opère un cholestéatome cliniquement typique.

Reste à expliquer la rapidité extraordinaire de la prolifération du néoplasme, jusque là latent, dans la cavité d'évidement.

Cela ne pourrait-il pas résulter du fait que l'épithélioma, d'abord gêné dans son développement par la masse cholestéatomateuse contenue dans l'antre, trouve après l'opération une large cavité vide et tapissée de bourgeons de réparation sur lesquels il se greffe avec facilité ?

Au point de vue histologique, nous ne pensons pas qu'il y ait, étant admise la possibilité de transformation du polype banal en épithélioma, une plus grande difficulté à concevoir la transformation du cholestéatome en tumeur maligne.

Lemaître a insisté sur la présence fréquente de petits cholestéatomes intra-polypeux et il a montré que la pathogénie des grands cholestéatomes des cavités tympano-mastoïdiennes était superposable à celle des premiers.

Si donc on admet la possibilité dans un même polype d'une évolution histologique d'une part vers le cholestéatome, d'autre part vers la transformation maligne, pour-

quoi n'admettrait-on pas une évolution analogue dans la muqueuse de la cavité tympano-mastoïdienne ?

Là encore à la base de tout processus pathologique, on trouve une inflammation chronique. Mais, écrit Lemaître, « il semble que la suppuration qui joue un rôle évident dans la formation des cholestéatomes intrapolypeux, réalise assez rarement les gros cholestéatomes des cavités tympano-mastoïdiennes : ceux-ci sont en général fonction d'un processus inflammatoire chronique relativement léger, ainsi qu'en témoigne l'examen histologique de la muqueuse antrale ».

Telles sont les quelques réflexions pathogéniques que nous a inspiré notre étude sur l'épithélioma de l'oreille moyenne.

Nous pensons qu'il existe toujours un stade inflammatoire chronique précédant l'éclosion de la tumeur ; que celle-ci résulte de la transformation de lésions inflammatoires banales, soit polype en cas de suppuration abondante, soit cholestéatome en cas de processus inflammatoire léger. Nous nous fondons sur des constatations cliniques et aussi sur quelques considérations histologiques, d'ailleurs discutables.

Nous n'ignorons pas, enfin, que deux cas, les deux seuls connus dans la science où le début de la tumeur maligne s'est manifesté brusquement en dehors, semble-t-il, de tout antécédent inflammatoire, échappent apparemment à nos tentatives d'explication. Au surplus, nous suggérons cette hypothèse pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire que, comme toute hypothèse, elle ne représente que le résultat de certaines données peut-être secondaires et artificiellement conjuguées.

Observations Résumées

OBSERVATION I

L... Amélie, 30 ans.

La malade vient consulter à l'hôpital Saint-Antoine en janvier 1930.

Elle présente une otite moyenne chronique droite ayant débuté un an auparavant ; elle accuse des douleurs auriculaires assez mal limitées et peu intenses. De plus diminution considérable de l'acuité auditive qui ne va pas cependant jusqu'à la surdité complète ; pas de vertiges.

A l'examen otoscopique : aspect typique de cholestéotame. Douleur provoquée à la pression de la mastoïde.

Wéber indifférent.

Pas de nystagmus spontané ; épreuves labyrinthiques normales.

Intervention le 23 janvier 1930 (Docteur Georges) (anesthésie générale).

Evidement pétro-mastoïdien et mastoïdectomie. Cholestéatome dans la caisse, dans l'aditus, dans l'antre. Ostéite mastoïdienne diffuse.

Le sinus n'est pas découvert. La dure-mère est mise à nu au-dessus de la caisse.

Pansement à l'ambrine (par la suite irrigations bi-quotidiennes au Dakin).

Un mois après l'intervention, le fond de la cavité d'évidement est tapissé par des bourgeons sanieux friables et saignants.

Puis au bout de six semaines apparaît une parésie faciale.

Seconde intervention le 5 avril 1930 (Docteur Lallemand) (anesthésie générale).

Large incision retro-auriculaire : la cavité apparaît entièrement remplie de bourgeons qui affleurent à la conque.

Après curettage, on constate que la paroi antérieure du conduit et la paroi inférieure de la caisse n'existent plus : en avant un diverticule profond de deux centimètres plonge en direction de la parotide : il est rempli de bourgeons charnus. La plaie rétro-auriculaire est laissée ouverte ; mèche iodoformée.

Examen histologique (prélèvement au cours de l'intervention) : épithélioma spino-cellulaire à globes épidermiques cornés ; stroma fibreux favorable (Docteur Delarue).

Malgré plusieurs séries de séances de radiothérapie, le bourgeonnement se reproduit très rapidement. Pour finir, c'est un « choux-fleur » gros comme un poing qui fait hernie par la plaie retro-auriculaire intéressant le pavillon et la région cervicale supérieure.

Paralysie faciale complète : vertiges et vomissements ; mort six mois après la seconde intervention par cachexie et anémie du fait des hémorragies continuelles de la tumeur.

(L'autopsie n'a pu être pratiquée.)

OBSERVATION II

M... Hippolyte, 68 ans.

Le malade entre à l'hôpital le 5 août 1929. Otorrhée gauche datant de dix-huit ans avec nombreuses poussées aiguës : depuis quatre ans, polypes. Une paralysie faciale progressive est apparue il y a huit mois : depuis l'écoulement, plus ou moins abondant, s'est accompagnée d'otorrhée et de céphalée.

A l'examen : polypes saignants, friables obstruant le conduit jusqu'à son entrée : déblayage du conduit et prélèvement

pour examen histologique (dans le fond, sensation d'os nécrosé au stylet).

Examen de la mastoïde complètement négatif.

Surdité : ni vertiges, ni nystagmus.

Examen histologique (D^r Delarue).

Epithélioma intermédiaire à tendance spino-cellulaire. Stroma à réaction inflammatoire avec prédominance de polynucléaires, défavorable.

Intervention le 6 août 1929 (D^r Richier), (anesthésie générale).

Evidement pétro-mastoïdien très élargi au niveau de la mastoïde.

Les lésions, bourgeons et fongosités, localisées uniquement à la caisse, s'étendent assez loin dans l'orifice tubaire.

Mise à nu de la dure-mère au tegmen et du facial à l'aditus.

Découverte de la Jugulaire et de la carotide au plancher.

Résection complète de la paroi postéro-supérieure du conduit ; plastique large.

Le jour de l'intervention, grosse hémorragie du plancher de la caisse ; tamponnement.

Par suite, pansement à l'Ambrine-Dakin. Une semaine plus tard, régression de la paralysie faciale. Six séances de radiothérapie.

Le malade sort de l'hôpital le 26 août 1929. Il est régulièrement suivi et en octobre la paralysie faciale est en régression très nette. Elimination de deux gros séquestres provenant de l'aditus et de l'autre.

En novembre, la plaie est très propre. Epidermisation effectuée dans toute la cavité sauf à la paroi interne de la caisse et de l'antra où l'os reste dénudé, jaune-grisâtre mais non mobile.

Une biopsie montre l'absence de toute nouvelle formation néoplasique.

On continue les pansements à l'Ambrine-Dakin jusqu'en décembre, avec renouvellement de l'ambrine tous les dix jours. Même aspect propre, pas de bourgeons.

Le malade a été revu en février 1930 : guérison apparente. (Depuis il a été perdu de vue.)

OBSERVATION III

S... Léon, 61 ans.

Malade porteur d'une otorrhée droite très ancienne (dix ans). Depuis quelques mois otorragies capricieuses.

Paralysie faciale s'étant installée insidieusement et dont la date de début est impossible à préciser (deux à trois mois environ).

Surdité complète à droite.

A l'examen : volumineuse tumeur bourgeonnante comblant le conduit : celui-ci est déblayé et on constate, dans la caisse, la présence de bourgeons analogues.

Première biopsie : début de janvier 1930 : papillome en voie de dégénérescence néoplasique.

Seconde biopsie (fragment prélevé sur le conduit, 15 janvier 1930 : fragment constitué par un tissu de sclérose dense à revêtement malpighien pourvu d'annexes pilo-sébacées. En profondeur, en pleine sclérose, nodules inflammatoires perivasculaires constitués exclusivement par des plasmocytes. Image histologique faisant penser à la syphilis : Vérifier si cette réponse cadre avec la clinique : vérifier aussi le siège de la biopsie (D^r Delarue).

Nous avons dit pourquoi on ne s'était pas arrêté à ces données, d'autant plus que l'histologiste indiquait des réserves.

Intervention le 16 janvier 1930 (D^r Lallemand), anesthésie locale.

1^{re} Bain de butelline à 10 % dans le conduit pendant un quart d'heure ;

2^{re} Anesthésie du conduit par quatre points de piqure sur les parois (solution de novocaïne à 1 pour cent et 1 pour deux cents) ;

3° Anesthésie large de la région mastoïdienne avec la solution de novocaïne à 1/200.

Evidement suivant la technique habituelle avec plastique initiale ; mais le conduit est sectionné au ras de la conque de façon à enlever la totalité de ses parois supérieure, postérieure et inférieure. On enlève un gros bourgeon qui obstruait le conduit et qui vient avec ses parois.

Quelques gouttes de butelline-Bonain sont instillées dans la caisse maintenant accessible.

On manœuvre surtout à la pince-gouge et à la curette, mais cependant la gouge est bien supportée. L'évidement fait, on voit que la masse néoplasique a détruit l'os du mur du facial; on sectionne le nerf et on procède au curettage soigneux de la région.

Mastoïdectomie large : l'os est infiltré d'une sérosité claire.

Mèche iodoformée par la plaie rétro-auriculaire.

L'anesthésie locale a été parfaitement supportée.

Les suites opératoires ont été très favorables. Le malade a quitté l'hôpital le 3 février 1930 et a été régulièrement suivi depuis ; deux biopsies successives en avril et en mai 1930 ont montré la présence de simples bourgeons inflammatoires en voie d'organisation conjonctive.

Le malade a été revu pour la dernière fois en janvier 1931; la cicatrisation était parfaite, l'état général excellent. Aucune menace de récidence.

Nous avons dit que nous avons soumis la première préparation histologique à l'examen de M. le professeur Roussy ; celui-ci s'est déclaré incapable de conclure sur les caractères de malignité de la tumeur, étant donné l'orientation défec-tueuse de la coupe.

Conclusions

I. — La symptomatologie de l'épithélioma de l'oreille moyenne est extrêmement fruste à la période initiale.

C'est pourtant à cette période que le diagnostic doit être fait pour qu'on puisse espérer opposer à l'évolution effroyable une thérapeutique utile. D'où l'importance de la biopsie qu'on doit systématiquement pratiquer lorsqu'au cours d'une otorrhée chronique de longue date apparaissent des formations bourgeonnantes polypoïdes accompagnées d'otorragies, de douleurs violentes ou d'une paralysie faciale progressive à type périphérique. La biopsie est encore formellement indiquée en cas de polypes rapidement récidivants après leur ablation.

Il est cependant une forme clinique où l'on ne pensera jamais à faire la biopsie parce que l'aspect otoscopique aussi bien que les signes fonctionnels sont ceux d'un cholestéatôme, l'épithélioma sous-jacent passant parfaitement inaperçu même au cours de l'évidement pétro-mastoïdien et ne se révélant que dans les suites opératoires.

II. — La biopsie doit être partiquée au niveau de la caisse du tympan elle-même ; elle nécessite plusieurs prélèvements importants en différentes places, pour éviter les difficultés d'interprétation qui résultent fréquemment d'une défectuosité dans l'orientation de la coupe faite sur un unique petit fragment informe.

L'examen histologique éliminera (outre toutes les formations d'aspect cliniquement néoplasique qui ne sont pas malignes en réalité), le sarcome, assez souvent rencontré au niveau de l'oreille moyenne.

Il montrera la prédominance de l'épithélioma spino-cellulaire sur le baso-cellulaire et l'importance du stroma conjonctif (type anciennement décrit sous la dénomination : « Carcinome »).

III. — Etant donné la rareté de l'envahissement ganglionnaire (d'ailleurs extrêmement tardif quand on l'observe et sans doute beaucoup plus inflammatoire que néoplasique) et l'absence complète de métastases viscérales, une intervention chirurgicale très large, faite précocément, devrait donner d'appréciables résultats, si les territoires avoisinant la caisse n'étaient pas envahis.

IV. — La curiethérapie et la radiothérapie semblent devoir être réservés aux cas pratiquement inopérables ou récidivés. La radiothérapie est encore indiquée dans les cas où l'opération a mis en évidence des lésions cliniquement insoupçonnées et au-dessus des possibilités de la chirurgie.

V. — Au point de vue pathogénique certains faits nous incitent à penser qu'il y aurait toujours des lésions inflammatoires précédant l'épithélioma et que celui-ci résulterait de la transformation d'un polype ou d'une cholestéatôme préexistant.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président,
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- 1875 — Edouard RONDOT. — Cancer de l'apophyse mastoïde (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875, p. 227).
- 1879 — POLAILLON. — Carcinome de l'oreille moyenne et du rocher. Destruction d'une partie de la base du crâne et de l'atlas (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879, p. 254).
- 1886 — RASMUSSEN et SCHMIEGELOW, Copenhague (*Zeitschr. F. Ohrenh*, vol. XV, liv. 2. 3.) — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille moyenne.
- 1888 — KRETSCHMANN (de Halles). — Carcinomes du Temporal (*Arch. F. Ohrenh*, vol. XXIV, 4^e liv.).
- 1889 — CARMALT (de New-York). — Epithélioma de l'oreille moyenne (Congrès d'otologie américaine).
- 1892 — CHARAZAC. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'oreille (*Revue le laryngologie et d'otologie de Moure*, 1-15 janvier, 1^{er} février 1892).
- 1895 — G. MARCHAL. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (*Thèse de Paris*).
- 1895 — STORY. — Tumeur maligne de l'oreille moyenne (*Communication à l'académie royale de médecine d'Irlande*, 5 avril 1895).
- 1896 — HENNEBERT. — Carcinome épithélial du Temporal (*Société belge d'otologie et de laryngologie*, 23 février 1896).

- 1895 — BRIEGER (de Breslau). — Cancroïde primitif de l'organe auditif (*Société allemande d'otologie*, 2 juin 1895).
- DANZIGER. — Symptômes et étiologie du carcinome de l'oreille (*Monatschr. f. Ohrenh.*, p. 221, n° 7 ; 357, n° 10).
- GRUBER. — Un cas de carcinome de l'oreille moyenne (*Société autrichienne d'otologie*, 29 octobre 1895).
1896. — DANZIGER. — Contribution à l'étude du carcinome du rocher (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd 41, Hf 1896).
- 1897 — HAMON DU FOUGERAY (du Mans). — Un cas d'épithélioma primitif de la caisse du tympan développé à la suite d'une otite moyenne purulente chronique d'autant de douze ans (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1897, t. II, p. 122).
- ZERONI. — Sur le carcinome de l'organe auditif (*Arch. fur. Ohrenheilkunde* 48 Land. 3 u. 4 Heft).
- 1898 — FUYNEL. — De la dégénérescence cancroïdale des vieilles otites suppurées (*Lyon, thèse* n° 130, 1898).
- BROECKART. — Carcinome épithélial de l'oreille moyenne.
- 1899 — MANASSE. — Carcinome épithélial primitif de l'oreille moyenne, altérations labyrinthiques secondaires (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1899, t. I, p. 509).
- 1900 — HORCASITAS. — Epithélioma de l'oreille moyenne (*otirino-lar. española*, janvier 1900).
- M. SÜGAR. — Epithélioma de la caisse avec symptômes pseudo-bulbaires (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, n°s 1-2, Bd, 50, sept. 1900).
- 1901 — GARBINI. — Contributo alla casuistica dei tumori maligni del orecchio medio (*Archiv. ital. d'otol.*, Torino 1901, 43-48).

- 1903 — COMPAIRED. — Epithélioma de la caisse du tympan consécutif à une otite moyenne purulente chronique : atico-antrectomie, guérison (*El siglio médico*, 4 janvier 1903).
- SESSOUS. — Monatschr. f. ohrenh Berlin 1903, XXXIV, 313.
1904. — LAUZE. — Ein fall von primearen zylindzellen Karzinom des meittlehores (*Ztschr f. ohrenh, Weisbaden*, 1904, XLVI, Heft 3, 209-230).
- BÖCKE. — Epithélioma de l'oreille moyenne et traitement par le radium (*Pest. Med. chir., Presse*, 1904, n° 17).
- CHEATLE. — *Arch. int. de lar.*, 1904, vol. 17, p. 948).
- BERENS. — *Archives of otology*, vol. 33, 1904, p. 314.
- TREITEL. — *Ztschr f. ohrendelknüde*, t. 28.
- 1905 — VOISLAWSKY (A. P.) Tumors of the ear (*Ann. ot. rh. lar. Saint-Louis*, 1905, XIV, p. 768-778).
- BECK. — Tumors of the Middle ear (*Laryngoscope Saint-Louis*, 1905, XV, 765-772).
- 1906 — MALHER. — Sur le cancer de l'oreille (*Archiv. int. de laryng.*, oct. 1906).
- SPRINGFIELD M.-J. (Illinois). — IX, 137-140, un cas d'angio-épithéliome.
- 1907 — W. SOHIER BRYANT (New-York). — *Annales d'otologie*, 1907, p. 301-312). Intervention tardive pour un carcinome de l'oreille moyenne.
- 1908 — HUNTER TOD. — *Archiv. int.* mars-avril 1908. Epithélioma de la caisse récidivé : ligature de la carotide externe.
- MILLIGAN. — *J. Laryngol.*, Lond., 1907, XXII, p. 105-108.
- DUPAU. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (*Thèse de Paris*, 1908).
- LEMARCH' ADOUR et ROLLAND. — Une observation citée par Dupau (*Thèse de Paris*).

- 1911 — TEXIER et LEVESQUE (Nantes). — Présentation d'une pièce anatomique provenant d'un cancer du rocher (*Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1911).
- 1910 — BONDY. — Observation d'un carcinome de l'oreille moyenne (paralysie récurrentielle, inexcitabilité labyrinthique) (*Société autrichienne d'otologie*, 31 octobre 1910).
- 1912 — MILLIGAN. — Une observation de tumeur maligne de l'oreille moyenne (*Société Royale de Médecine (otologie)*, octobre 1912).
- 1924 — F. MUECK. — Tumeur maligne à point de départ antral (tumeur épithéliale de type parotidien à origine antrale nette) (*Royal Society of Médecine (otologie)*, nov. 1924, Londres).
- 1909 — RITTER. — Observation d'un épithélioma de l'oreille moyenne (*Société berlinoise d'otologie*, 14 mai 1909).
- 1909 — AVELINO MARTIN. — Epithélioma de la caisse du tympan (*Revista Barcelonesa. Barcelone*, septembre 1909).
- R. LEIDLER. — Le cancer de l'oreille moyenne et les recherches modernes sur le cancer (*Archiv. f. Ohrenheilk*, Bd. LXXVII, n° 3 et 4).
- 1912 — BRINDEL (de Bordeaux). — Tumeurs malignes de l'oreille moyenne simulant une otorrhée chronique (22 observations rapportées) (*Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, 13 mai 1912).
- 1912 — MOURET. — Anévrisme de la carotide simulant une tumeur maligne de la caisse du tympan (*Congrès français d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1912).
- 1929 — COUSTINIU et BERNEU. — Un cas de psamome de l'oreille moyenne (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, déc. 1929).
- 1930 — PREDESCU RIOU. — Cancer Mastoïdien (*Annales mal. de l'or. larynx, nez et pharynx*, avril 1930).

- 1929 — RUTTIN. — Carcinome du conduit avec mastoïdite (*Société autrichienne d'otologie*, 1929).
- 1930 — HALPHEN et DJIROPOULOS. — Epithélioma de l'oreille consécutif à un évidemment pétro-mastoïdien (*Société de laryngologie des Hôpitaux de Paris*, février 1930).
- 1930 — BOURGEOIS. — Petite tumeur^e angiomateuse (?) de l'oreille moyenne (*société de laryngologie des Hôpitaux de Paris*, sept. 1930).
- 1913 — PATTERSON. — A case of épithélioma of the auricle and cervical glands ; removal of auricle and glands (*Lancet*, London, 1913, p. 962).
- 1919 — ECHLANDER. — Carcinoma auricular (*Monatschr f. Orenh.*, Berlin et Wien, 1919, LIII, p. 774).
- 1929 — ACHARD. — Contribution à l'étude du sarcome de l'oreille moyenne chez l'enfant (*Thèse de Paris* 1929).
- 1925 — JACOBSON. — Le fibrome du nerf acoustique (*Journ. of pathology*, n° 3, p. 259).
- 1925 — LEMAITRE et MADURO. — Tumeur du nerf auditif (*Arch. internat. de laryngologie*, nov. 1925).
- 1925 — MERELLI G. — Due casi poco comuni di colesteatoma del orecchio medio (*Archiv. ital. di oto-rhino-laringol.*, n° 8, 1925).
- BEGOUIN. — Epithélioma de la région auriculaire et radium (*Gaz. hebdom. des Sciences médicales, de Bordeaux*, 1923, XLIV, p. 32).
- 1912 — BRADY. — Fibroma or fibro-angioma of the middle ear (*ann. oto-rhino-laryng.*, Saint-Louis, 1912, XXI, p. 787).
- 1928 — CHRISTEN. — Carcinome de l'oreille moyenne (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, XLVIII, p. 752, 10 sept. 1928).
- 1910 — LEVESQUE. — Des tumeurs malignes primitives de l'oreille moyenne (*Gaz. Méd. de Nantes*, 1910), 2^e série, XXVIII, p. 89).
-



Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette



